

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, TITULACIÓN, GRADUACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“CAUSAS PARA LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN
PACIENTES QUE ACUDEN A QUIRÓFANO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.
I – V - 2012”**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el Título de Odontóloga.
Grado Académico de Tercer nivel.

AUTORA:

ANA GABRIELA VIZUETE TERÁN

TUTOR:

Dra. MAYRA ELIZABETH PALTAS

Quito, Noviembre, 2012

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“CAUSAS PARA LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN
PACIENTES QUE ACUDEN A QUIRÓFANO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.**

I – V - 2012”

ANA GABRIELA VIZUETE TERÁN

Quito, Noviembre, 2012

AUTORIZACION DE AUTORIA LEGAL

Yo, ANA GABRIELA VIZUETE TERÁN en calidad de autor del trabajo de Investigación o Tesis realizada sobre, **"ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO COMPARATIVO ENTRE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD, DE LA ESCUELA FISCAL "HIMMELMAN" Y LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "HÉROES DEL CENEP" DEL CANTÓN CAYAMBE DE LA PROVINCIA DE PICHINCHA, EN EL PERÍODO 2010-2011"**, por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos S, 6, 8,19 y además pertinentes de la Ley de la propiedad intelectual y su reglamento.

ANA GABRIELA VIZUETE TERÁN

ÍNDICE

	Págs.
CUBIERTA	
PORTADA	
INFORME DE APROBACIÓN DEL TUTOR	i
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL	ii
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL	iii
DEDICATORIA	iv
RECONOCIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi-ix
ÍNDICE DE CUADROS	x
ÍNDICE DE GRÁFICAS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1-2
1. TEMA	3
CAPÍTULO I	4
2. EL PROBLEMA	4
2.1 Planteamiento del problema	4-6
2.1.1 Formulación del problema	6
2.2 Objetivos de la Investigación	6
2.2.1 General	6
2.2.2 Específicos	6-7
2.3 Preguntas de Investigación	7

2.4	Justificación e Importancia	7
2.4.1	Justificación Teórica	7-8
2.4.2	Justificación Metodológica	8
2.4.3	Justificación Práctica	8
2.5	Factibilidad	9
2.5.1	Limitaciones	9
2.6	Pertinencia	9
CAPÍTULO II		10
3. MARCO TEÓRICO		10
3.1	Fundamentación Científica	10
3.1.1	Definición de los Terceros Molares	10
3.1.2	Condiciones Embriológicas	10-11
3.1.3	Condiciones Anatómicas	11-12
3.1.4	Morfología de los Terceros Molares	12
3.1.5	Terminología según la Situación de los Terceros Molares	12-13
3.1.6	Clasificación de los Terceros Molares	14-15
3.1.7	Indicaciones para la Exodoncia de Terceros Molares	15-16
3.1.7.1	Indicaciones Profilácticas	16-17
3.1.7.2	Motivos Ortodóncicos	17-18
3.1.7.3	Indicaciones Protésicas	18
3.1.7.4	Indicaciones Terapéuticas	18-19
3.1.7.4.1	Pericoronaritis	19
3.1.7.4.2	Periodontitis	20
3.1.7.4.3	Caries	21
3.1.7.4.4	Dolor	21-22
3.1.7.4.5	Cefalea	22
3.1.7.4.6	Rizólisis de piezas vecinas	22-23
3.1.7.4.7	Formación de Quistes o Tumores	23
3.1.7.4.8	Consideraciones en Fracturas	24
3.1.7.4.9	Alteraciones en la Articulación Témporo-Mandibular	24-25
3.1.7.4.10	Tratamiento con Radioterapia o Quimioterapia	25
3.1.7.4.11	Factores Sociales y Económicos	25
3.1.7.4.12	Medicina Alternativa	26-27

3.2 Hipótesis	28
3.2.1 Operacionalización de las Variables	29
CAPÍTULO III	30
4. METODOLOGÍA	30
4.1 Población o Universo y Muestra de Estudio	30
4.1.1 Unidades de Análisis.....	30
4.1.1.1 Objeto de observación en cada unidad	30
4.1.1.2 Fundamentación Legal	31
4.1.2 Criterios.....	31
4.2 Área de Estudio	32
4.3 Duración de la Investigación	32
4.4 Tipo de Investigación	32
4.5 Métodos y Técnicas de Recolección	32-33
4.5.1 Primarias.....	33
4.5.1.1 Observación Directa	33
4.5.1.2 Entrevista	33
4.5.1.3 Formulario	33
4.5.1.4 Instrumento	33
4.5.1.4.1 Validez y Confiabilidad del Instrumento	34
4.5.2 Secundarias	34
4.5.2.1 Fuentes Primarias	34
4.5.2.2 Fuentes Secundarias	34
4.5.2.3 Fuentes Terciarias	35
CAPÍTULO IV	36
5. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
5.1 Procesamiento de Datos	36
5.2 Análisis de Datos.....	36
5.3 Análisis e Interpretación de Resultados de la Investigación	37-38
5.4 Discusión de los Resultados	39-40

CAPÍTULO V	41
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
6.1 Conclusiones	41-42
6.2 Recomendaciones	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43-44
BIBLIOGRAFÍA	45-46
ANEXOS	47

ÍNDICE DE CUADROS

	Págs.
CUADRO No. 1	
Distribución de pacientes que acudieron para exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo al Sexo.....	50
CUADRO No. 2	
Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares en 186 pacientes.....	51
CUADRO No. 3	
Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo a la Edad.....	53
CUADRO No. 4	
Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo al Sexo.....	55
CUADRO No. 5	
Clasificación de terceros molares de acuerdo a su Situación en 186 pacientes.....	57
CUADRO No. 6	
Terceros molares de acuerdo a la Sintomatología inicial en 186 pacientes.....	58
CUADRO No. 7	
Relación de terceros molares entre Situación y Sintomatología en 186 pacientes.....	59
CUADRO No. 8	
Control Post-Quirúrgico de la Sintomatología inicial en 186 pacientes.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Págs.
 GRÁFICO No. 1	
Distribución de pacientes que acudieron para exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo al Sexo.....	50
 GRÁFICO No. 2	
Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares en 186 pacientes.....	52
 GRÁFICO No. 3	
Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo a la Edad... ..	54
 GRÁFICO No. 4	
Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo al Sexo.....	56
 GRÁFICO No. 5	
Clasificación de terceros molares de acuerdo a su Situación en 186 pacientes.....	57
 GRÁFICO No. 6	
Terceros molares de acuerdo a la Sintomatología inicial en 186 pacientes.....	58
 GRÁFICO No. 7	
Relación de Terceros Molares entre Situación y Sintomatología en 186 pacientes.....	60
 GRÁFICO No. 8	
Control Post-Quirúrgico de la Sintomatología inicial en 186 pacientes.....	61

ÍNDICE DE ANEXOS

	Págs.
Anexo A	48
A-1 Solicitud para realizar el Proyecto de Investigación.....	48
A-2 Formulario para la Entrevista.....	49
Anexo B. Cuadros y Gráficos.....	50-61
Anexo C	62
C-1 Cronograma de Actividades.....	62
C-2 Presupuesto.....	63
Anexo D. Glosario	64

“Causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I – V - 2012”

RESUMEN

Los terceros molares son las últimas piezas en erupcionar en las arcadas dentarias y con mayor frecuencia se encuentran retenidos, dando lugar a que la exodoncia quirúrgica se realice comúnmente en la práctica odontológica. El propósito de este estudio consistió en describir las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en el período de Enero a Mayo del 2012, mediante un estudio descriptivo y transversal, en 186 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se realizó una entrevista directa al paciente, registrando sus datos personales, el motivo de la exodoncia de terceros molares con su fórmula dentaria y situación. Se llevó a cabo un control post-quirúrgico a los 8 y 15 días para comprobar si la sintomatología inicial desapareció o persiste. Los resultados obtenidos son: dolor local 45%, motivos ortodóncicos 27%, prevención 13%, dolor irradiado 4%, cefalea 3%, fracturas dentarias y alteraciones en ATM 2%. Mientras que las indicaciones protésicas, pericoronaritis, caries y medicina alternativa corresponden al 1%.

PALABRAS CLAVE: TERCER MOLAR; EXODONCIA; INDICACIONES; SINTOMATOLOGÍA; RETENIDOS.

"Causes for removal the third molars in patients attending to surgery center at the Faculty of Odontology of the Universidad Central del Ecuador. I-V- 2012"

ABSTRACT

The third molars are the last pieces to erupt in the dental arches and more often are retained, leading to surgical extraction is done commonly in dental practice.

The purpose of this study was to describe the causes for third molars removal in patients attending to surgery center, at the Faculty of Odontology of the Universidad Central del Ecuador, in the period from January to May of 2012, through a descriptive and cross sectional study, in 186 patients who met the inclusion criteria, there was a direct patient interview, registration personal data, the reason for the extraction of third molars with dental formula and situation. Was conducted post-surgical control at 8 and 15 days to see if the initial symptoms disappeared or persists.

The results are: local pain 45%, orthodontic reasons 27%, prevention 13%, radiating pain 4%, headache 3%, dental fracture and ATM alterations 2%. While prosthetic indications, pericoronitis, caries and alternative medicine correspond to 1%.

KEYWORDS: THIRD MOLAR; EXTRACTION; INDICATIONS; SYMPTOMS; RETAINED.

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares son las últimas piezas en erupcionar en las arcadas dentarias y con mayor frecuencia se encuentran retenidos, dando lugar a que la exodoncia quirúrgica se realice comúnmente en la práctica odontológica, y es frecuente en el medio social y familiar, incluso pacientes que han presentado la sintomatología propia por la presencia de terceros molares dan testimonio de su experiencia.

Actualmente debido a la gran información de los medios de comunicación, especialmente el internet, algunos pacientes investigan y conocen acerca del tema, mediante artículos y videos publicados, lo que ocasiona que acudan con mayor frecuencia a la consulta y tomen la decisión de su pronta extracción quirúrgica.

Dentro de las causas para la exodoncia de terceros molares se encuentran el dolor local o irradiado, cefaleas, motivos ortodóncicos, indicaciones protésicas, pericoronaritis, periodontitis, caries, quistes o tumores, rizólisis de piezas vecinas, fracturas óseas y dentarias, alteraciones en la Articulación Témporo-Mandibular (ATM), previo a tratamientos con radioterapia o quimioterapia y en pacientes que son remitidos por algún tipo de Medicina Alternativa.

En algunas ocasiones el tercer molar erupciona normalmente sin molestias, también durante su formación el paciente se encuentra asintomático, pero por motivos preventivos se recomienda su extracción para evitar sintomatología futura que pueda interferir en su calidad de vida.

Por prevención también son remitidos pacientes que necesitan la extracción quirúrgica de sus terceros molares como requisito para el ingreso a las diferentes áreas Policiales, Militares, Navales y en misioneros que viajan constantemente a lugares donde no existe un servicio de salud odontológico cercano.

Navarro (2008) indica que: “la mayoría de las veces el diagnóstico se realiza de manera casual en exploraciones radiológicas solicitadas por otros motivos” (p. 31). Razón por la cual se recomienda acudir frecuentemente con el profesional odontólogo para que mediante la valoración clínica y radiográfica determine el tratamiento adecuado y si considera necesario planificar una exodoncia quirúrgica y remitir al especialista Cirujano Oral.

Pese a que el germen del tercer molar puede observarse en la radiografía panorámica a los 6-7 años, su exodoncia a edades muy tempranas raramente está indicada. El momento ideal para la extracción es cuando se ha formado entre 1/3 y 2/3 de la raíz del tercer molar más o menos a la edad de 15 años. (Raspall, 2007, p. 128)

El propósito de este estudio consistió en describir las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en el período de Enero a Mayo del 2012, mediante un estudio descriptivo y transversal.

Se realizó una entrevista directa al paciente, registrando sus datos personales, el motivo de la exodoncia de terceros molares con su fórmula dentaria y situación. Se llevó a cabo un control post-quirúrgico a los 8 y 15 días para comprobar si la sintomatología inicial desapareció o persiste.

El presente trabajo de investigación está conformado por cinco capítulos: en el Capítulo I se trata el problema y presenta los antecedentes de la investigación; el Capítulo II corresponde al marco teórico, el cual brinda un respaldo científico y confiabilidad; en el Capítulo III se explica la metodología a seguir para cumplir con los objetivos propuestos; el Capítulo IV presenta los resultados obtenidos con la respectiva discusión y finalmente el Capítulo V expone las conclusiones y recomendaciones.

1. TEMA

“Causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I – V - 2012”

CAPÍTULO I

2. EL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica diaria odontológica una de las razones por la cual el paciente llega a la consulta es por la presencia de sus terceros molares o conocidas comúnmente como “muelas del juicio”, debido a una sintomatología que no cede, y cada vez existen más pacientes que acuden por prevención.

La sintomatología por la presencia de terceros molares afecta a los adolescentes y adultos jóvenes, sin importar su género.

En el estudio realizado por Berini, Gay Escoda y otros, en el año 2008, determinó que el motivo más frecuente de remisión al Servicio de Cirugía Bucal por parte del Odontólogo de Atención Primaria fue la extracción profiláctica (51,0%) de manera muy similar a la que indicó el cirujano bucal (46,1%).

La extracción de los terceros molares por motivos profilácticos fue la que se indicó con mayor frecuencia, seguida por la indicación ortodóncica. Con respecto a los terceros molares con signos patológicos o síntomas clínicos asociados, la patología infecciosa incluyendo la pericoronaritis fue la más frecuentemente observada por el cirujano bucal, seguida de la caries. Este orden de frecuencia se invirtió para los terceros molares remitidos para extracción por el Odontólogo de Atención Primaria. La posición vertical predominó entre los terceros molares con patología asociada.

En el año 2009, Moncada; Martínez y otros, realizaron un estudio descriptivo y comparativo de las variables sexo, edad, presencia o ausencia de dolor en ATM, ruidos en ATM y máxima apertura oral encontrando mayor número de casos en el sexo femenino, la media de las edades oscilan entre los 40 años, en cuanto a la variable dolor en la ATM se encontró aumentada en los pacientes con presencia de dolor en la ATM (43,33%), con respecto a los que no presentaron dolor en la ATM (38,33%) y las variables ruidos en ATM y máxima apertura bucal se encontraron ligeramente superiores en los pacientes con presencia de dolor en ATM.

En el estudio realizado por García; Toro y otros, en el año 2009, determina 49,1% de terceros molares retenidos respecto a dientes erupcionados, predominando retención maxilar, especialmente en mujeres. En todos los casos y en mandíbula predominan 3Ms con impactación mesioangulada y en maxilares la retención vertical. Prevalecen 3Ms distoangulados en maxilares, posición que predispone a complicaciones operatorias y postoperatorias en exodoncias. La retención horizontal se aprecia en mandíbula, siendo el segundo tipo de retención (21,5% en toda la muestra y 30% en hombres). Sin una decisión clínica que indique la cirugía, se sugiere postergar la exodoncia profiláctica de 3Ms, esperando posible erupción tardía (Hattab, 1997; Ventä et al. 1999, 2004 y Kruger et al.). Demuestra: mínima morbilidad en exodoncias de 3Ms en pacientes de 25 años o mayores, baja incidencia de complicaciones y mínimo impacto en calidad de vida (Haug et al., 2005).

Chaparro; Berini y otros, en el año 2005, indican que la mayoría de los pacientes intervenidos fueron del sexo femenino (66,9%), y el grupo de edad en la que se realizó el mayor número de extracciones (62,8%) fue (17-18 años). El principal motivo de extracción fue la indicación por parte del ortodoncista (40,5%), seguido por la indicación profiláctica (39,5%). La presencia de clínica fue el motivo de extracción en un 20% de los casos.

En el año 2007, Olate; Alister y otros, determinaron que una de las cirugías orales realizadas con más frecuencia en el mundo es la exodoncia de terceros molares. Las indicaciones de extracción son muy variadas, siendo algunas de ellas aun controversiales.

La relación hombre - mujer fue de 0,56:1 y la edad más frecuente de consulta fue desde los 18 a los 25 años. Casi el 70% de los pacientes fueron derivados desde centros de menor complejidad, 43% presentó dolor como motivo de consulta, 23% presentó pericoronaritis y el 27% tuvo experiencia de caries. El dolor se asoció significativamente con la edad del paciente ($p < 0,05$). La mayoría de los molares se encontraban semierupcionados (35%) y con posición vertical (44%).

Peñarrocha y García, en el año 2003, determinaron que las causas de su inclusión son de tipo embriológico y anatómico. Sus manifestaciones pueden ser carácter infeccioso, mecánico, nervioso, quístico, tumoral y periodontal. Antes de la cirugía es obligado el examen radiológico. Hay autores que avalan la exodoncia profiláctica para prevenir cualquier patología futura, incluso en estadio de germen (germenectomía). La indicación de la extracción se establece cuando existe patología asociada al cordal, sin embargo las dudas surgen a la hora de tratar los dientes asintomáticos. Se ha postulado la exodoncia de otros dientes, para facilitar el mecanismo de erupción, pero no siempre sucede así. Se ha implicado la presencia del cordal inferior como causa del apiñamiento antero-inferior. En general, se acepta su origen multifactorial, y que el tercer molar inferior, actuando conjuntamente con otros factores contribuye a su aparición.

El presente estudio fue realizado en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en el período de Enero a Mayo del 2012, en todos los pacientes que acudieron para exodoncia de terceros molares, en los cuales previo su consentimiento informado se realizó una entrevista directa, registrando sus datos personales, el motivo de la exodoncia de los terceros molares con su fórmula dentaria y situación, y la observación de la radiografía panorámica correspondiente. Se llevó a cabo un control post-quirúrgico a los 8 y 15 días para comprobar si la sintomatología inicial desapareció o persiste.

En la sociedad actual hay un incremento en la incidencia de causas para la exodoncia terceros molares, por lo que a través del trabajo investigativo se establecen medidas preventivas y de concientización al paciente, para que la exodoncia quirúrgica se la realice como profilaxia en la adolescencia, evitando alteraciones graves a futuro y de esta manera aportar con la disminución de la ausencia laboral en la edad adulta debido al procedimiento quirúrgico.

2.1.1 *Formulación del Problema*

¿Cuáles son las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I - V - 2012?

2.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 *Objetivo General*

Describir las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I - V - 2012.

2.2.2 *Objetivos Específicos*

- 2.2.2.1** Identificar las causas más frecuentes para la exodoncia de terceros molares.
- 2.2.2.2** Clasificar las causas más frecuentes en los pacientes de acuerdo a la edad y sexo.
- 2.2.2.3** Identificar el tercer molar que presentó mayor frecuencia de sintomatología.
- 2.2.2.4** Relacionar la situación de los terceros molares con la sintomatología del paciente.

2.2.2.5 Comparar si después de la cirugía la sintomatología inicial de los pacientes cede o persiste.

2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

2.3.1 ¿Cuáles son las causas más frecuentes para la exodoncia de terceros molares?

2.3.2 ¿Cuáles son las causas más frecuentes en los pacientes de acuerdo a la edad y sexo?

2.3.3 ¿Cuál es el tercer molar que presentó mayor frecuencia de sintomatología?

2.3.4 ¿Cuál es la relación entre la situación de los terceros molares con la sintomatología del paciente?

2.3.5 ¿Después de la cirugía la sintomatología inicial de los pacientes cede o persiste?

2.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La conducción de la presente investigación, se justificó plenamente por las siguientes razones:

2.4.1 Justificación Teórica

Los terceros molares con mayor frecuencia se encuentran incluidos, constituyendo un apartado importante de la patología odontológica, no sólo por su frecuencia y su variedad de presentación, sino también por la patología y accidentes que desencadenan, lo que explica que su extracción sea la intervención que realizan más comúnmente los cirujanos orales y maxilofaciales. (Lago, 2007, p. 7)

Según Gay Escoda y otros., (2004) “la edad media de erupción de los cordales en los varones es de 19,9 años y de 20,4 años en las mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente dos años. (Fanning)” (p. 355)

Las causas por las que se indica la extracción pueden variar, ya sea por prevención, antes de empezar un tratamiento de ortodoncia para evitar apiñamientos, en caso de que exista dolor local o irradiado, presencia de caries, pericoronaritis, problemas periodontales, rizólisis de piezas vecinas,

formación de quistes y tumores, alteraciones en la ATM, fracturas dentales debido a inadecuadas maniobras por parte del odontólogo al momento de la exodoncia.

También está indicada en pacientes que van a ser sometidos a terapias de quimioterapia o radioterapia, y en pacientes que son remitidos por algún tipo de Medicina Alternativa.

2.4.2 Justificación Metodológica

La presente investigación, fue destinada a describir las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I – V – 2012, previo su consentimiento informado a través de la aplicación de técnicas de la investigación aceptadas, como son: observación directa del paciente y de su radiografía panorámica, entrevista por medio de preguntas cerradas, registrando sus datos personales, el motivo de la exodoncia de los terceros molares con su fórmula dentaria y situación. Se llevó a cabo un control post-quirúrgico a los 8 y 15 días para comprobar si la sintomatología inicial desapareció o persiste.

Bajo los aspectos mencionados, la conducción de la investigación se justificó plenamente, pues los datos estadísticos a estudiarse, tuvieron los soportes metodológicos necesarios para el desarrollo, tabulación e interpretación de los resultados en relación con las variables de estudio, las que se encuentran directamente relacionadas con los objetivos e hipótesis planteadas.

2.4.3 Justificación Práctica

Los resultados determinados como producto de la investigación, servirán como un aporte en el área de quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador y para aplicación en la vida profesional. Al conocer estadísticamente la información acerca de las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acudieron a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I – V – 2012.

Esta investigación contribuirá a establecer medidas preventivas y de concientización al paciente, para que la exodoncia quirúrgica se la realice como profilaxia en la adolescencia, evitando alteraciones graves a futuro, y de esta manera aportar con la disminución de la ausencia laboral en la edad adulta debido al procedimiento quirúrgico.

2.5 FACTIBILIDAD

Para realizar el trabajo de investigación propuesto se contó con los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para su ejecución, así como la disponibilidad de tiempo, logrando cumplir los objetivos planteados. Además el consentimiento otorgado en el Área de Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, para poder realizar el estudio libremente y con cada uno de los pacientes facilitando la recopilación de la información solicitada.

2.5.1 Limitaciones

En el desarrollo de la investigación, se tomó en cuenta algunas limitaciones que a continuación, se describen:

- La información disponible en el país, en textos, libros, revistas, folletos, artículos e internet, sobre el tema de estudio es limitada.
- La mayoría de libros que corresponden a Cirugía Bucal están desactualizados.
- No existe en el país publicaciones de las cuales se puede tener una guía de estudio de la realidad nacional acerca del presente trabajo de investigación.
- La mayor parte de investigaciones son realizadas en diferentes países, pero solamente abarcan parcialmente el tema del presente estudio.

2.6 PERTINENCIA

La exodoncia quirúrgica de terceros molares es un tema tratado detalladamente durante la formación universitaria, en teoría y por medio de la observación durante la cirugía en quirófano de la Facultad.

En la práctica diaria odontológica una de las razones por la cual el paciente acude a la consulta es por la presencia de sus terceros molares o llamadas comúnmente “muelas del juicio”, debido a una sintomatología que no cede, por remisión de su odontólogo particular y actualmente por la información a través del internet cada vez existen más pacientes que acuden por prevención.

CAPÍTULO II

3. MARCO TEÓRICO

3.1 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

3.1.1 Definición de los Terceros Molares

Los terceros molares también conocidos con el sobrenombre “muela del juicio” o “cordales”, es debido a que la erupción del tercer molar supuestamente coincide con el momento en que la persona empieza a ser responsable de sus actos, siendo capaz de decidir y aceptar el resultado de sus acciones. (Navarro, 2008, p. 19)

Navarro (2008) indica que: “la erupción del tercer molar suele ocurrir entre los 18 y 22 años” (p. 19) son los últimos dientes que erupcionan en la boca.

Existen cuatro terceros molares en la dentadura humana. Hay dos terceros molares maxilares y dos mandibulares, de los cuales uno es derecho y el otro izquierdo. Son las piezas que con mayor frecuencia quedan incluidas y sem incluid as y una vez erupcionadas surgen con frecuencia en posiciones ectópicas. Los terceros molares presentan el mayor número de variaciones morfológicas. (Hernández, 2003, pp. 24-25)

3.1.2 Condiciones Embriológicas

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si se tratara de un diente de reemplazo. La calcificación comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina de calcificarse hasta los 15-16 años; a los 25 años de edad se completa la calcificación de sus raíces, en un espacio muy limitado. El hueso en crecimiento, tiende a llevar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. De esta manera se explica la oblicuidad del eje de erupción hacia la cara distal del segundo molar. El tercer molar normal evoluciona siempre de abajo arriba y de atrás hacia delante, según una línea curva de concavidad posterior. (Gay Escoda y Berini, 2004, p. 355)

Se debe tomar en cuenta que a lo largo de la evolución de la especie humana, se reducen las dimensiones de los dientes, los maxilares y la mandíbula, en especial en los segmentos dentados óseos, por lo que el tercer molar dispone de menos espacio para su ubicación. (Donado, 2005, p. 396)

3.1.3 Condiciones Anatómicas

De acuerdo a Donado (2005) existe una reducción progresiva a lo largo de la filogenia humana respecto al número, el volumen y la forma de los dientes; el tercer molar cada vez presenta una erupción más retrasada, y puede estar ausente por falta de formación. (p. 396)

Frente a lo expresado Gay Escoda y otros., (2004) indican que:

En la mandíbula del hombre neolítico, existía un espacio importante entre la cara posterior del tercer molar y el borde anterior de la rama ascendente. Este espacio, actualmente, ha desaparecido completamente y por ello el cordal no tiene espacio suficiente para erupcionar y queda parcialmente enclavado en la rama ascendente y se ve obligado a desarrollarse en situación ectópica, generalmente en la cara interna de esta rama ascendente mandibular. (p. 356)

Hay que señalar el papel que desempeña el patrón de crecimiento mandibular de cada individuo, independientemente de la presencia de un cordal erupcionado, semierupcionado o retenido, y el grado de remodelación de la mandíbula, con la dificultad que ello implica al momento de predecir si la erupción del diente será normal o con patología. (Donado, 2005, p. 396)

Gay Escoda y otros., (2004) determinan que:

Las referencias anatómicas empeoran aún más el problema provocado por la falta de espacio óseo. Estas son:

Delante: El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel.

Debajo: El tercer molar está en una relación más o menos estrecha con el paquete vásculo-nervioso contenido en el conducto dentario inferior. Esta proximidad es el origen de distintas alteraciones reflejas.

Arriba: La mucosa, laxa y extensible, no se retrae con el cordal, con lo que se puede formar, detrás del segundo molar, un fondo de

saco donde los microorganismos pueden multiplicarse y provocar una infección. (p. 356)

3.1.4 *Morfología de los Terceros Molares*

3.1.4.1 *Tercer Molar Superior*

Es la pieza dentaria más irregular. Puede estar incluido o con una orientación vestibular o mesial, su corona es más pequeña que el primer y segundo molar. Las raíces pueden ser tres, pero con frecuencia están fusionadas o son convergentes. La altura media de la corona es 6,1mm y de la raíz es 11,1mm. (Velayos, 2007, pp. 136-137)

3.1.4.2 *Tercer Molar Inferior*

Es similar al segundo molar inferior, pero su corona y raíces son más pequeñas, irregulares y más variables que los otros molares, con frecuencia están fusionadas, con orientación distal. Puede encontrarse retenido dentro de hueso por falta de espacio. La altura media de la corona es 6,6mm y de la raíz es 9,1mm. (Velayos, 2007, p. 138)

3.1.5 *Terminología según la Situación de los Terceros Molares*

3.1.5.1 *Retenidos (no erupcionados)*

Un diente retenido es el que no erupciona en la arcada dentaria dentro del tiempo esperado y se retiene por los dientes adyacentes, un hueso demasiado denso, un exceso de tejidos blandos o alteraciones genéticas que impiden su erupción. “El término no erupcionado incluye dientes retenidos y dientes que están en proceso de erupción” (Hupp, Ellis y Tucker, 2010, p. 153)

Sailer y Pajarola (2003) expresan que: “a menudo, diferentes síntomas patológicos están relacionados con los dientes retenidos” (p. 71)

3.1.5.2 *Impactados*

El diente impactado es aquel que ha terminado su proceso de desarrollo y su fuerza eruptiva, debido a una acción traumática se impactan o se intruyen en el hueso.

El trayecto normal de erupción del diente se halla interferido por un obstáculo mecánico (otros dientes, hueso de recubrimiento excesivamente denso, exceso de tejidos blandos). El saco pericoronario puede estar o no estar, abierto en boca. (Raspall, 2007, pp. 95-96)

3.1.5.3 *Incluidos*

Donado (2005) señala que el tercer molar incluido: “corresponde al diente retenido en el maxilar o mandíbula rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto” (p. 385)

3.1.5.4 *Parcialmente retenidos o Semierupcionados*

Pueden presentar una comunicación hacia la cavidad oral por medio de una bolsa periodontal ligeramente perceptible, situada sobre la cara distal del segundo molar contiguo, predisponiendo al diente retenido a una infección pericoronaria y caries dental. (Sapp, Eversole y Wysocki, 2005, p. 5-6)

3.1.5.5 *Mal posición o ectopía*

De acuerdo a Raspall (2007) “el término ectopía se refiere al diente incluido en una posición anómala, pero cercana a su lugar habitual. La heterotopía es una inclusión en una posición irregular, pero más alejada de la localización normal” (p. 96)

3.1.6 Clasificación de los Terceros Molares

En las diferentes clasificaciones se toma en cuenta el análisis radiográfico, ya que proporciona información detallada. La radiografía panorámica muestra tanto la pieza a extraer como toda la anatomía de la región a evaluar.

A continuación se presentan las diferentes clasificaciones de los terceros molares.

3.1.6.1 Clasificación de Winter

Clasificación de acuerdo a la posición del eje longitudinal del tercer molar, con respecto al eje longitudinal del segundo molar.

- Mesioangular
- Distoangular
- Vertical
- Horizontal
- Vestíbulo versión o Bucoangular
- Linguoversión o Linguoangular
- Invertida
- Transversa (Raspall, 2007, p. 103)

3.1.6.2 Clasificación según Pell y Gregory

3.1.6.2.1 Clasificación según el Tipo: según la profundidad del tercer molar en relación al segundo molar, plano oclusal y línea cervical.

- **Tipo A (leve):** el punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.
- **Tipo B (moderada):** el punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.
- **Tipo C (grave):** el punto más alto del diente está al nivel, o debajo de la línea cervical del segundo molar. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 356)

3.1.6.2.2 Clasificación según la Clase:

3.1.6.2.2.1 Terceros Molares Superiores:

De acuerdo a la relación con el seno maxilar.

- **Clase I:** cuando la parte más alta del tercer molar superior está retirado del seno maxilar. Sin ninguna aproximación sinusal.
- **Clase II:** cuando la parte más alta del tercer molar está cerca del seno maxilar, con aproximación sinusal.
- **Clase III:** cuando la parte más alta del tercer molar está en relación directa con el seno maxilar. (Arteaga, 2004, p. 119)

3.1.6.2.2.2 Terceros Molares Inferiores:

De acuerdo a la relación entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.

- **Clase I:** existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- **Clase II:** el espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- **Clase III:** todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 356)

3.1.7 Indicaciones para la Exodoncia de Terceros Molares

Lago (2007) indica que “con frecuencia, los terceros molares inferiores retenidos no evolucionan a la posición adecuada en la arcada, provocando, en ocasiones, anomalías de localización y dirección que pueden obligar al cirujano bucal a plantearse una actitud intervencionista realizando la exodoncia quirúrgica” (p. 20)

Con el paso de la historia, esta intervención ha evolucionado. La práctica de exodoncia profiláctica de los terceros molares estaba ampliamente aceptada, especialmente previa a la época de los

antibióticos. En la primera mitad del siglo XX, la extracción quirúrgica de los terceros molares impactados era competencia de pocos especialistas y se realizaba en caso de síntomas evidentes, en este mismo período, apareció el primer esquema de seguro médico y dental. En los años siguientes, aumenta el número de cirujanos orales y también el número de operaciones de remoción de terceros molares con motivos profilácticos. (p. 20)

El hecho de que un diente no erupcione el momento indicado no constituye una razón para su exodoncia, por eso la necesidad de cirugía se debe decidir de acuerdo al caso en particular. (Sailer, y otros., 2003, p. 72)

El extraer o no un tercer molar, es una de las decisiones de tratamiento más frecuentes a las que se enfrenta la profesión dental. Mientras que el diagnóstico de exodoncia de terceros molares asociados con patología es sencillo, la decisión de extraer terceros molares asintomáticos es más conflictiva. (Lago, 2007, p. 21)

Frente a lo expresado Hupp y otros (2010) indican que deben extraerse todos los dientes retenidos a menos que exista una contraindicación. La extracción se debe realizar tan pronto el odontólogo determine que el diente se encuentra retenido, ya que dicha extracción se hace más difícil a medida que avanza la edad y es probable que la cirugía sea complicada. Una regla fundamental de la filosofía de la odontología es que se deben evitar los problemas. De esta manera la odontología preventiva determina que los dientes retenidos deben ser extraídos antes de que aparezcan complicaciones. (p. 153)

Entre las indicaciones que justifican la exodoncia quirúrgica de los terceros molares, se mencionan las siguientes:

3.1.7.1 Indicaciones Profilácticas

Debido a la frecuente patología que acompaña la erupción o impactación del tercer molar, está justificada su eliminación profiláctica antes de que se presente la patología asociada, excepto en aquellos casos en que sea poco aconsejable o imposible. Leonard califica a los terceros molares incluidos como “bombas de efecto retardado”, ya que si no se eliminan profilácticamente, pueden causar dolor, infecciones, etc., además que no pueden asumir ninguna función masticatoria, por lo cual son innecesarios.

El momento idóneo para realizar la exodoncia preventiva es cuando ya se ha formado la mitad o las dos terceras partes de la raíz, lo que coincide generalmente entre los 16 y 18 años. Parant cree que

la edad óptima es antes de los 20 años de edad, antes de que se haya producido la mineralización de los ápices.

Hasta los 25 años estaría indicada la extracción preventiva, pues el hueso está menos mineralizado (elasticidad y resistencia) y el ligamento periodontal aún no está plenamente formado. A partir de esta edad, el riesgo de pérdida ósea y periodontal del segundo molar adyacente es mayor. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 387)

En el actual entorno social las razones preventivas se presentan en pacientes que van a ingresar a las Fuerzas Policiales, Militares y Navales, ya que es un requisito indispensable. También en pacientes que viajan constantemente y que no viven en un lugar estable, y en personas que van a realizar misiones, y recorren lugares distantes donde no existe un servicio médico y odontológico a su alcance.

3.1.7.2 *Motivos Ortodóncicos*

Navarro (2008) indica que: “se ha postulado la erupción de los terceros molares como causa del apiñamiento dental anterior. Por ello, un gran número de pacientes son enviados al cirujano para su extracción previa al inicio del tratamiento ortodóncico” (p. 22)

Además “cuando los pacientes requieren retracción de los primeros y segundos molares mediante técnicas ortodóncicas” (Hupp, y otros., 2010, p. 157)

De acuerdo con Llamas, el ortodoncista puede recomendar la extracción de los cordales incluidos en los siguientes casos:

- a) En apiñamientos dentarios poco importantes que no requieren la extracción de otros dientes, especialmente si los cordales están en mal posición o presentan problemas de erupción.
- b) Cuando es necesario distalar los molares, para ganar espacio por distal de los segundos molares.
- c) Para enderezar un segundo molar.
- d) Al corregir una maloclusión de clase III con extracciones de los primeros o segundos premolares inferiores, se creará una relación molar de mesioclusión, quedando el tercer molar superior sin antagonista facilitando su extrusión y la posterior aparición de complicaciones.

- e) En pacientes con agenesia de algún tercer molar, debe valorarse la necesidad de extraer el cordal antagonista.
- f) En pacientes que serán sometidos a técnicas de cirugía ortognática en las que la línea de osteotomía coincida con la ubicación de los terceros molares. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 388)

3.1.7.3 Indicaciones Protésicas

Conforme avanza la reabsorción de los huesos maxilares con la edad y el edentulismo, algunos dientes retenidos se hacen más superficiales y pueden interferir en el ajuste de una prótesis total, causar dolor por caries y ulceración gingival e infección. (Raspall, 2007, p. 100)

Los dientes retenidos se deben extraer antes de elaborar una prótesis, porque si se extrae después de haberla fabricado, puede alterarse el reborde alveolar debido a la extracción y la prótesis se vuelve antiestética y menos funcional. (Hupp, y otros., 2010, pp. 156)

Gay Escoda y otros., (2004) “indica la extracción del tercer molar cuando sea necesario el acceso al margen disto-gingival del segundo molar para efectuar una correcta obturación” (p. 388)

De acuerdo a Raspall (2007), en pacientes ancianos con prótesis fija, los dientes impactados en profundidad que se encuentran asintomáticos, pueden dejarse en hueso. Pero si son portadores de prótesis removible y el diente impactado solamente está cubierto por una capa delgada de hueso, deberían ser exodonciados antes de la colocación de la prótesis.

En cuanto a los terceros molares superiores, algunos rehabilitadores orales recomiendan en pacientes jóvenes dejarlos erupcionar y no exodonciarlos de forma sistemática para conservar la tuberosidad del maxilar, aunque cada situación debe individualizarse, valorando los riesgos y beneficios de la exodoncia del diente impactado. (p. 100)

3.1.7.4 Indicaciones Terapéuticas

En ocasiones los terceros molares retenidos pueden permanecer asintomáticos durante toda la vida, pero lo más frecuente es que estas piezas participen en algunos procesos patológicos. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 359)

Entre las afecciones que pueden presentarse están:

3.1.7.4.1 *Pericoronaritis:*

Se presenta en el tercer molar semierupcionado, el espacio pericoronal es un espacio en el que se acumulan restos alimentarios y proliferan bacterias, con el desarrollo de un proceso inflamatorio agudo o crónico denominado Pericoronaritis. (Navarro, 2008, p. 21)

Según Chiapasco (2004) la pericoronaritis “está asociada en el 95% de los casos al tercer molar inferior semiincluido” (p. 121)

De acuerdo a Hupp, y otros (2010), la pericoronaritis también puede manifestarse tras un traumatismo menor producido por el tercer molar superior. “El tejido blando que recubre la superficie oclusal de un tercer molar inferior parcialmente erupcionado (conocido como opérculo) puede traumatizarse e inflamarse”. Muchas veces esta espiral de traumatismo e inflamación solamente se interrumpe después de la extracción del tercer molar superior.

Otro motivo para la aparición de pericoronaritis es el atrapamiento de comida debajo del opérculo debido a que esta bolsa no se puede limpiar y se produce una colonización bacteriana.

Para prevenir la pericoronaritis se debe extraer los terceros molares retenidos antes de que atraviesen la mucosa oral y se hagan visibles. (p. 156)

Gay Escoda y otros., (2004) señalan que:

La pericoronaritis es una situación muy común que aparece por igual en ambos sexos y su frecuencia va en aumento. Puede afectar a pacientes de cualquier edad; pero lo más frecuente es entre los 16 y 30 años de edad y la incidencia máxima es entre los 20 y 25 años. Para Lopes y cols. la pericoronaritis fue el motivo para justificar la extracción del 37,5% de los casos incluidos en su estudio. (p. 361)

Aproximadamente, el 25-30% de los terceros molares mandibulares impactados son extraídos debido a pericoronaritis, en particular si se producen episodios de repetición y no existe la posibilidad de completar la erupción debido a falta de espacio o malposición, es una frecuente justificación para la exodoncia de un tercer molar. Sin embargo, la exodoncia nunca debe llevarse a cabo durante el proceso inflamatorio agudo, ya que aumenta el riesgo de una alveolitis seca e infección. (Raspall, 2007, p. 99)

3.1.7.4.2 Periodontitis:

La dificultad del paciente en realizar una correcta higiene oral ante la presencia de terceros molares impactados, puede conducir a gingivitis con migración apical de la inserción gingival en la región distal al segundo molar, dando lugar a la aparición precoz de periodontitis intensa localizada, esto justifica el 5% de las exodoncias de terceros molares. (Raspall, 2007, p. 99)

Chiapasco (2004) expresa que:

Las lesiones periodontales que afectan al segundo molar inferior representan, junto con la pericoronaritis, la principal indicación para la extracción de los terceros molares inferiores. También en la arcada superior, a causa de la particular situación anatómica, la presencia de un tercer molar incluido representa un riesgo para la salud periodontal del séptimo, porque es posible una precoz afección de su bifurcación radicular. (p. 122)

Raspall (2007) define que: “la remoción precoz de los terceros molares previene la aparición de enfermedad periodontal, a la vez que cursa con una mejor cicatrización ósea y mejor llenado óseo del espacio que antes ocupaba la corona” (p. 99)

Frente a lo citado anteriormente Gay Escoda y otros., (2004) sostienen que: “al realizar esta extracción debe procurarse no traumatizar los tejidos periodontales con el fin de que estas bolsas periodontales no aumenten después de la extracción quirúrgica” (pp. 371-372)

Existe mayor probabilidad de que los terceros molares que son extraídos a pacientes antes de los 25 años, presenten una mejor cicatrización ósea que aquellos en los que se extraen posteriormente. “En el paciente joven no solo es mejor la cicatrización periodontal inicial, sino que a largo plazo también lo es claramente la regeneración continua del periodonto” (Hupp, 2010, p. 157)

3.1.7.4.3 Caries:

Según Chiapasco (2004) “la incidencia de caries en los dientes incluidos o semiincluidos oscila entre el 3 y el 15%” (p. 122)

La retención de un molar parcialmente erupcionado provoca una zona de atrapamiento de alimentos, que con el tiempo provoca la aparición de caries en la superficie oclusal del tercer molar, en la superficie distal del segundo molar, o en los dos sitios. (Raspall, 2007, p. 99)

Navarro (2008) indica que “la formación de caries en la cara distal del segundo molar suele estar en relación con la posición mesioangular del cordal” (p. 22)

De acuerdo a Gay Escoda y otros., (2004) en la mayoría de los casos, la restauración de caries que afectan al tercer molar no es práctica, y a menudo es técnicamente imposible, por lo que se recomienda la exodoncia, sin esperar a que la caries afecte a la pulpa, produzca un absceso o se desarrolle una infección periapical. “La presencia de caries en un tercer molar es un factor a considerar; a menudo complica la extracción ya que la resistencia de la corona es importante para el procedimiento quirúrgico”.

No se debe realizar ningún tipo de tratamiento restaurador definitivo del segundo molar sin antes extraer el cordal, ya que durante las maniobras quirúrgicas, se puede dañar la restauración del segundo molar; pero si presenta patología pulpar, sí podemos efectuar tratamiento de conductos sin ningún inconveniente. (p. 371)

3.1.7.4.4 Dolor:

Navarro (2008) indica que: “el dolor asociado a los terceros molares mandibulares impactados suele deberse a pericoronaritis, caries o presión sobre los dientes adyacentes” (p. 22)

En varias ocasiones, los pacientes acuden al odontólogo quejándose de dolor a nivel de la región retromolar de la mandíbula sin una explicación evidente. Si ya se ha descartado enfermedades como el síndrome de dolor y disfunción miofascial y otros trastornos dolorosos faciales, y el paciente presenta una pieza dentaria sin erupcionar, con frecuencia la solución puede ser la exodoncia para eliminar el dolor. (Hupp, y otros., 2010, p. 157)

Raspall (2007) expresa que en ocasiones el estudio del diente impactado no revela signos clínicos ni radiológicos de alguna patología. El 1-2% de las exodoncias de terceros molares se realizan por la presencia de dolor. (p. 99)

3.1.7.4.5 Cefalea

Conocida comúnmente como “dolor de cabeza”, se puede describir como una sensación de pesadez, de tensión o de pinchazos a nivel del cráneo.

La certeza de que el dolor funciona como una alarma ante circunstancias que potencialmente pueden dañar al ser humano, se entiende como mecanismo esencial de supervivencia que nos indica que algo no está funcionando bien en nuestro organismo. (Medicinas Alternativas, 2006, p. 9)

En cuanto a problemas dentales en algunos casos los dolores pueden relacionarse con muelas del juicio o con problemas de la mandíbula.

Un alto porcentaje de personas que padecen cefaleas frecuentes, no conoce esta causa por lo que circulan por consultorios de diferentes especialidades, cuando la solución definitiva puede ser en la consulta odontológica. (Medicinas Alternativas, 2006, p. 28)

Peña (2004) expresa que debido a la presencia de terceros molares se produce una cefalea de tensión crónica, la cual se manifiesta por lo menos dos veces por semana, hasta quince días al mes, durante un período mínimo de seis meses.

El dolor no cede con la simple ingestión de analgésicos, y el paciente presenta varios síntomas como: dolor en la frente y parte posterior de la cabeza, contracturas en cuello, hombros y espalda, es un tipo de dolor de cabeza bilateral, es decir, se siente en ambos lados de la cabeza. (pp. 17-18)

3.1.7.4.6 Rizólisis de piezas vecinas:

Hupp, y otros., (2010) señalan que muchas veces un diente retenido origina una gran presión en la raíz del diente adyacente provocando una reabsorción radicular. Aunque no se define el proceso de reabsorción radicular, parece ser similar al proceso de reabsorción que sufren los dientes temporales durante la erupción de los dientes permanentes. (p. 156)

Si el estudio radiológico revela una reabsorción radicular se indicará la exodoncia del diente causal. El área de raíz que ha sufrido reabsorción se reparará mediante una capa de cemento, pudiendo ser

necesaria la endodoncia del diente. En casos de rizólisis severa la exodoncia de ambos dientes puede estar indicada. (Raspall, 2007, p. 99)

3.1.7.4.7 Formación de Quistes o Tumores:

Cuando una pieza dentaria se encuentra retenida completamente en la apófisis alveolar, el saco folicular asociado también está retenido. En la mayoría de pacientes el folículo dental conserva su tamaño original, aunque puede sufrir una degeneración quística convirtiéndose en un quiste dentígero. (Hupp, y otros., 2010, p. 157)

El tercer molar inferior participa con mayor frecuencia en la formación de quistes dentígeros. Debido a la posible aparición de esta patología se justifica la exodoncia de terceros molares que permanecen asintomáticos por largo tiempo, pero pueden experimentar un agrandamiento considerable. En muchas ocasiones los quistes se descubren por medio de un examen radiográfico de rutina, pero en otros casos pueden causar tumefacción intrabucal o facial. (Raspall, 2007, p. 100)

Hupp, y otros., (2010) resaltan que:

Del mismo modo que los quistes odontogénicos pueden aparecer alrededor de dientes retenidos, los tumores odontogénicos pueden surgir del epitelio contenido en el folículo dental. El tumor odontogénico más frecuente en esta región es el ameloblastoma. Aunque la incidencia global de quistes y tumores odontogénicos alrededor de dientes retenidos no es alta, la mayor parte de la patología del tercer molar inferior se asocia con dientes no erupcionados. (p. 157)

Raspall (2007) indica que: “sólo en el 1-2% de los terceros molares exodonciados se comprueba la existencia de patología quística o tumoral odontogénica” (p. 100)

Se recomienda la exodoncia de dientes impactados en pacientes con tumores en la cavidad oral que queden dentro o cerca de la zona que va a ser irradiada. (Navarro, 2008, p. 22)

3.1.7.4.8 Consideraciones en Fracturas

3.1.7.4.8.1 Fracturas Mandibulares:

Debido a que un tercer molar mandibular impactado ocupa un espacio que normalmente sería hueso, puede debilitar la mandíbula, causando que sea más susceptible a una fractura. (Raspall, 2007, p. 100)

Navarro (2008) expresa que si un cordal se ubica en la línea de fractura se realiza la exodoncia previamente a la reducción y fijación de la fractura. Pero si un diente retenido en el sitio de fractura evita el desplazamiento de los fragmentos óseos y el mismo diente no está fracturado, conviene dejarlo en su sitio hasta que se forme el callo de fractura. (p. 23)

3.1.7.4.8.2 Fracturas Dentarias:

Para Donado (2005) algunas fracturas dentarias son imputables al profesional que no prestó la atención necesaria por falta de estudio previo, exceso de prisas, empleo de una inadecuada técnica para el caso, dificultades propias a cada diente, y en otros casos son las características anatómicas las culpables directas de la complicación.

Dechaume señalaba: “ante un diente fracturado es preferible buscar las causas de la fractura que criticar a quien la hizo”. Lo ideal sería buscar antes de la extracción esas posibles causas para prevenir la fractura. Pueden presentarse fracturas en la corona, el cuello, la raíz o el ápice. (p. 363)

3.1.7.4.9 Alteraciones en la Articulación Témporo-Mandibular

La erupción parcial de un tercer molar mandibular (en mesioversión) induce una modificación relativamente rápida de la oclusión, con la aparición de interferencias que llevan a una situación de sobrecarga a los músculos y ligamentos de la articulación témporo-mandibular, con la consiguiente aparición de dolor, sobre todo de tipo muscular, y chasquidos al obligar a funcionar al complejo cóndilo-menisco en una mala situación mecánica.

Raustia y Oikarinen afirman que la erupción del tercer molar puede simular los signos y síntomas de una disfunción de la articulación témporo-mandibular y en un estudio realizado comprueban que la exodoncia de los terceros molares provoca un incremento en el rango de los movimientos de máxima apertura y lateralidad en los pacientes intervenidos. (Lago, 2007, pp. 18-19)

3.1.7.4.10 *Tratamiento con Radioterapia o Quimioterapia:*

Previo al tratamiento de radioterapia en un paciente con una neoplasia de la cavidad oral, se indica la exodoncia de todo diente impactado siempre y cuando no se encuentre incluido en la lesión. Si el diente impactado está en relación directa con la lesión maligna, se recomienda incluirlo en la pieza quirúrgica de resección mandibular.

“Ante un diente incluido en hueso ya irradiado, por lo general es mejor dejarlo, excepto que produzca sintomatología, debido al riesgo de osteorradionecrosis que complica la extracción” (Raspall, 2007, p. 101)

3.1.7.4.11 *Factores Sociales y Económicos:*

Raspall (2007) indica que es frecuente evitar la cirugía bucal en las edades extremas; la mayoría de los terceros molares inferiores retenidos se extraen entre los 15 y 35 años de edad. Se recomienda que el momento ideal para la exodoncia de terceros molares impactados sea a los 16-18 años, cuando las raíces están formadas en un tercio de su longitud. La exodoncia precoz reduce la morbilidad postoperatoria y permite una mejor cicatrización.

La reparación periodontal es mejor en el paciente joven porque hay una mejor regeneración ósea y readaptación de la encía adherida al segundo molar.

Los pacientes pueden escoger el momento de la extracción para reducir los inconvenientes o incluso solicitarla como medida profiláctica en caso de viajes a zonas sin hospitales o atención médica adecuada. (p. 101)

Debido al costo de la cirugía de los terceros molares algunos pacientes solicitan únicamente la exodoncia de la pieza que más afecta, dejando las otras piezas sin ningún tratamiento.

3.1.7.4.12 Medicina Alternativa:

La medicina alternativa o complementaria fue aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979, particularmente la Medicina Tradicional China (acupuntura) por sus efectos reguladores y analgésicos. En medicina, los tratamientos alternativos son utilizados por 42% de la población en los Estados Unidos y 20% en el Reino Unido, mientras que en odontología puede apreciarse un incremento de 8% en los últimos 15 años en los Estados Unidos. (Tamashiro y Arias, 2010, p. 42)

De acuerdo al artículo publicado por Jurio (2006) “La boca es parte de un todo y no hay buena salud si nos olvidamos de ella”. Se debe pensar que cuando surgen patologías orales, seguramente pertenecen a un desequilibrio que se evidencia por síntomas que van más allá del cuidado y atención que se dedique a la higiene o a la dieta.

“El diente no está alejado del ser y se relaciona con todas las células de nuestro organismo. Nuestra boca es tan personal como las huellas digitales”.

Cada persona es única y no todos los pacientes necesitan lo mismo, muchas veces acuden al consultorio con problemas crónicos porque no se llega a las causas de la enfermedad; pacientes hipersensibles, con intolerancia a metales, personas con fobias que no toleran un tratamiento odontológico, pacientes que están cansados de padecer los efectos secundarios de la medicación tradicional. “Muchos signos aparentemente extraños, raros y peculiares, que no tienen respuesta en la odontología ortodoxa pueden ser tratados con éxito utilizando medicación homeopática que estimula las propias defensas y permite que el organismo reaccione siguiendo las leyes naturales”.

En el artículo publicado por Osorio (2003) señala que Butzer en el año 1850, pretendía que “las afecciones dentales podían provocar epilepsia, neuralgias, problemas auditivos y visuales”.

Kinast (2001) indica que: “se puede entender como Odontología Neurofocal a aquella visión del Sistema Estomatognático que permite identificar diversas patologías a distancia derivadas de disfunciones o alteraciones, cuyo punto primario se encuentra en el Sistema Estomatognático”.

Las interferencias energéticas que se producen en boca pueden generar patologías en cualquier parte del organismo, ya que las piezas dentarias poseen todos los elementos propios del líquido extracelular y de la matriz extracelular, de esta manera está interconectado con todo el organismo.

Durante los tests de kinesiología, es posible encontrar un problema estructural en relación con la muela del juicio, si se encuentra que el diente es el problema principal que causa una alteración postural que induce dolores a nivel craneano, cervical, lumbar, miembros inferiores etc., es necesario extraerla para restablecer el equilibrio postural.

A menudo un tratamiento homeopático permite no sólo solucionar los síntomas de inflamación local cuando están presentes, sino también elevar el umbral máximo de tolerancia del paciente. Esto permitirá evaluar de nuevo la necesidad de extracción si la causa estructural persiste. (Bache, 2006)

3.2 HIPÓTESIS

- ✓ **Hi (Hipótesis de investigación)** = Las causas más frecuentes para la exodoncia de terceros molares son el dolor y motivos ortodóncicos, en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I-V-2012.

- ✓ **Ho (Hipótesis nula)** = Las causas más frecuentes para la exodoncia de terceros molares no son el dolor y motivos ortodóncicos, en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I-V-2012.

3.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
Variable Independiente					
Causas	La sintomatología por la presencia de terceros molares y motivos preventivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones Profilácticas o Prevención • Dolor local • Dolor Irradiado • Cefalea • Motivos Ortodóncicos • Indicaciones protésicas • Pericoronaritis • Periodontitis • Caries • Quistes o tumores • Rizólisis • Fracturas óseas y dentarias • Alteraciones de la ATM • Tratamientos con radioterapia o quimioterapia • Medicina alternativa 	Frecuencia de Causas.	Prevalencia de exodoncias.	Nominal SI NO
Variable Dependiente					
Exodoncia quirúrgica	La exodoncia quirúrgica es un procedimiento frecuente en la práctica odontológica, realizado específicamente por un Cirujano oral, que mediante técnicas, instrumental adecuado y acciones complementarias, extrae una pieza dentaria de su alvéolo.	Terceros molares #18, #28, #38, #48.	Frecuencia de exodoncias.	Prevalencia de exodoncias.	Nominal SI NO
Variable de Control					
Sexo					Nominal Masculino Femenino
Edad					Razón o proporción

CAPÍTULO III

4. METODOLOGÍA

4.1 *Población o Universo y Muestra de Estudio*

✓ *Universo de Investigación*

El universo de estudio son 256 pacientes que acudieron a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador para exodoncia de terceros molares, en el período de Enero a Mayo del 2012.

✓ *Tamaño de la muestra*

El tamaño de la muestra a utilizarse en el desarrollo de la investigación, fue no probabilística. Fueron válidos para la investigación 186 pacientes que cumplieron con los requisitos establecidos.

4.1.1 *Unidades de Análisis*

Pacientes que acudieron para exodoncia de terceros molares en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I-V-2012.

4.1.1.1 *Objeto de observación en cada unidad*

Causas para exodoncia quirúrgica de terceros molares.

4.1.1.2 Fundamentación Legal

Para la realización del trabajo de investigación se tomó varias referencias actualizadas de libros, artículos de internet y revistas del área odontológica, especialmente de Cirugía bucal.

Se informó a cada paciente que para la realización del presente trabajo de investigación se necesita su consentimiento, de esta manera a través de un formulario original empezó la entrevista a los pacientes por medio de preguntas cerradas.

También la Historia clínica de cada paciente constituye un documento único, legal, con el respaldo de un consentimiento informado con su firma y en el caso de los menores de edad, la firma de su representante y la radiografía panorámica correspondiente.

4.1.2 Criterios

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

➤ Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes con número de historia clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.
- ✓ Pacientes de género masculino y femenino.
- ✓ Pacientes de cualquier edad.
- ✓ Pacientes que tenían fecha confirmada para la extracción quirúrgica de sus terceros molares.
- ✓ Pacientes atendidos dentro del período de la investigación que fue de Enero a Mayo del 2012.

➤ Criterios de Exclusión

- ✓ Pacientes que no tenían número de historia clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.
- ✓ Pacientes que se realizaron una cirugía diferente y no de terceros molares.
- ✓ Pacientes atendidos antes o después del período de la investigación que fue de Enero a Mayo del 2012.

4.2 Área de Estudio

La investigación se llevó a cabo en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, localizada en:

Provincia: Pichincha.

Cantón: Quito.

Parroquia: Miraflores.

Dirección: Av. América y Av. Pérez Guerrero.

4.3 Duración de la Investigación

La duración de la investigación, fue de cinco meses, entre Enero a Mayo del 2012, tiempo en el cual se recolectó los datos estadísticos, y luego se realizó la tabulación e interpretación de los resultados.

4.4 Tipo de Investigación

En el desarrollo del estudio, se utilizaron los siguientes tipos de investigación:

Descriptiva.- En este tipo de investigación se describieron las características concretas del objeto de estudio, que son las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I – V - 2012.

Transversal.- Es un tipo de estudio transversal de punto, porque midió el número de casos en un momento determinado denominado prevalencia. Además tiene un buen control de la selección de los sujetos de estudio, se emplea poco tiempo de ejecución, se realizó un seguimiento de los individuos a corto plazo durante el tiempo de la investigación y los gastos económicos se encontraron dentro del presupuesto.

4.5 Métodos y Técnicas de Recolección

Esta investigación se realizó por medio de una entrevista directa al paciente, control post-quirúrgico a los 8 y 15 días, observación de la radiografía panorámica correspondiente, se analizó y

se discutió con argumentos técnicos la información recolectada, a través de la observación directa, la que se desarrolló en forma discreta y analítica, identificando las diferentes causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I – V- 2012.

4.5.1 Primarias

4.5.1.1 Observación Directa:

Es directa porque el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar, en este caso con los pacientes que acudieron a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I – V- 2012.

4.5.1.2 Entrevista:

Es una técnica que consiste en un diálogo entre el entrevistador (investigador) y el entrevistado (paciente) que se realiza con el fin de obtener información de parte de este.

4.5.1.3 Formulario:

Es un documento impreso con preguntas o requisitos para llenar en espacios en blanco, en donde se escriben los datos solicitados.

4.5.1.4 Instrumento:

Se utilizaron formularios para realizar la entrevista directa al paciente, además la historia clínica con su consentimiento informado que facilitó la obtención de información y datos específicos, con la radiografía panorámica correspondiente.

4.5.1.4.1 Validez y Confiabilidad del Instrumento

La validez se refiere a la verdad y corrección de un planteamiento. Un argumento válido es plausible, bien fundamentado, justificable, fuerte y convincente. En la investigación cualitativa, la validez refleja el grado en que el método investiga lo que se propone al punto que las observaciones reflejan el fenómeno o las variables en estudio.

Según Díaz (2009) la confiabilidad se refiere a la consistencia de los hallazgos de la investigación, abarca la totalidad de la investigación. En los instrumentos de investigación se trata de evitar distorsiones producidas por la ubicación de la investigación en el terreno. “Las preguntas no pueden inducir respuestas, deben ser comprensibles para los entrevistados y respetar sus ritmos” (p. 529)

Frente a lo expresado anteriormente se verificó la pertinencia de las preguntas del formulario en función de los objetivos de la investigación y la claridad en la redacción de las preguntas. De esta manera se diseñó la ficha epidemiológica con preguntas cerradas, se eliminaron preguntas innecesarias, se realizaron correcciones en las preguntas y se ubicaron en orden lógico.

4.5.2 Secundarias

Para el desarrollo de la investigación, se utilizó la investigación bibliográfica para la elaboración del marco teórico, el cual aportó información suficiente para poder conocer los conceptos fundamentales de la investigación y su problema.

4.5.2.1 Fuentes Primarias

- *Bibliografía*
- *Investigaciones previas relacionadas con el problema*

4.5.2.2 Fuentes Secundarias

- *Compilaciones*
- *Resúmenes*
- *Listado de referencias publicadas*

4.5.2.3 *Fuentes Terciarias*

- *Documentos*
- *Catálogos*

CAPÍTULO IV

5. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 *Procesamiento de Datos*

Se elaboró un cuadro de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007, en el cual se ingresaron los datos del paciente como: fecha, número de historia clínica, edad, sexo, fórmula dentaria y situación de los terceros molares, causas para la exodoncia de los terceros molares y control de la sintomatología del paciente a los 8 y 15 días después de la intervención quirúrgica.

5.2 *Análisis de Datos*

En el análisis de los datos de la investigación, se consideró los siguientes pasos:

- Revisión crítica de la información recolectada, es decir limpieza de la información defectuosa: contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.
- Análisis de posibles repeticiones en la obtención de los datos estadísticos, corrección de posibles fallas.
- Tabulación de los resultados en cuadros estadísticos, en relación a las variables de estudio y la hipótesis planteada.
- Estudio estadístico de los datos para la presentación de los resultados, en relación con las variables e indicadores de estudio.
- Relación de las variables o indicadores y relacionarlas con las hipótesis y variables de estudio.
- Presentación de los resultados finales y determinación de las conclusiones y recomendaciones en forma cronológica.

5.3 *Análisis e Interpretación de Resultados de la Investigación*

5.3.1 Se observa que de un total de 186 pacientes, corresponde al sexo femenino el 61% y al sexo masculino el 39% de los pacientes que acudieron para exodoncia quirúrgica de terceros molares. (Ver cuadro 1 y gráfico 1).

5.3.2 Se observa que las causas más frecuentes para la exodoncia de terceros molares en 186 pacientes, corresponden al dolor local 45%, motivos ortodóncicos 27%, prevención 13%, dolor irradiado 4%, cefalea 3%, fracturas dentarias y alteraciones en ATM 2%. Mientras que las indicaciones protésicas, pericoronaritis, caries y medicina alternativa corresponden al 1%. (Ver cuadro 2 y gráfico 2).

5.3.3 En cuanto a las causas más frecuentes de acuerdo a la edad, para la exodoncia quirúrgica de terceros molares predominan en el grupo etario de **21-30 años** con 58% y son: dolor local con 27%, motivos ortodóncicos 13%, prevención 9%, dolor irradiado 3%, cefalea 2%, alteraciones en ATM 2% y pericoronaritis 1%. En el grupo de **14-20 años** con 32%, se presenta la medicina alternativa con 1%. En el grupo de **31-40 años** con 7%, son frecuentes las fracturas dentarias con 1%. Mientras que en la edad de **41-65 años** con un 3%, se presentan las indicaciones protésicas con 1%. (Ver cuadro 3 y gráfico 3).

5.3.4 El estudio determinó que las causas más frecuentes para la exodoncia quirúrgica de terceros molares, de acuerdo al sexo, corresponden a:

Sexo femenino: dolor local 25%, motivos ortodóncicos 19%, prevención 8%, cefalea 3%, dolor irradiado 2%, alteraciones en ATM 2%, fracturas dentarias 2% y pericoronaritis 1%.

Sexo masculino: dolor local 20%, motivos ortodóncicos 8%, prevención 5%, dolor irradiado 2%, cefalea 1% y medicina alternativa 1%. (Ver cuadro 4 y gráfico 4).

5.3.5 En 186 pacientes atendidos, fueron intervenidos quirúrgicamente un total de 515 terceros molares, los cuales de acuerdo a su Situación se clasifican en:

Erupcionados: con un valor de 14%, de los cuales la pieza con mayor incidencia es la #18 con el 25%, seguido de la pieza #28 con 24%, pieza #48 con 8% y pieza #38 con 4%.

Semierupcionados: con un valor de 17%, siendo más representativa la pieza #38 con el 20%, seguido de la pieza #48 con 18%, pieza #18 con 15% y pieza #28 con 12%.

Retenidos: con un valor de 70%, predominando la pieza #38 con un valor de 76%, seguido de la pieza #48 con 74%, pieza #28 con 64% y pieza #18 con 60%. (Ver cuadro 5 y gráfico 5).

5.3.6 Se observa que de un total de 515 terceros molares intervenidos quirúrgicamente, las piezas que presentaron sintomatología inicial en el paciente corresponden al 37%, dentro de las cuales las piezas #38 y #48 representan el 36%, la pieza #18 con el 15%, y la pieza #28 con el 14%. Las piezas que no presentaron sintomatología equivalen al 63%, siendo la pieza #38 la de mayor porcentaje con el 27%, las piezas #28 y #48 con el 25%, y finalmente la pieza #18 con el 23%. (Ver cuadro 6 y gráfico 6).

5.3.7 Se observa que de un total de 515 terceros molares intervenidos quirúrgicamente, las piezas con sintomatología de acuerdo a su situación son: Erupcionadas 6%, Semierupcionadas 23% y con un mayor porcentaje las Retenidas con 71%.

Mientras que las piezas que no presentaron sintomatología en relación a la situación de los terceros molares son: Erupcionadas 18%, Semierupcionadas 13% y Retenidas 69%. (Ver cuadro 7 y gráfico 7).

5.3.8 Se encontró que de un total de 186 pacientes, 112 corresponden al 60% de pacientes que presentaron sintomatología, la misma que después del control post - quirúrgico no persiste a los 8 días con un 77% y a los 15 días 23%. Además se observó 74 pacientes que corresponden al 40% que no presentaron sintomatología. En ningún caso investigado de los pacientes persistió la sintomatología después de 8 a 15 días. (Ver cuadro 8 y gráfico 8).

5.4 *Discusión de los Resultados*

El objetivo del estudio fue describir las causas para la exodoncia de terceros molares, mediante un estudio descriptivo y transversal que se realizó en 186 pacientes que acudieron a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I-V-2012.

El estudio presentó un total de 186 pacientes, de los cuales el 61% corresponden al sexo femenino y al sexo masculino el 39% de los pacientes que acudieron para exodoncia quirúrgica de terceros molares, son próximos los resultados presentados en el estudio realizado por Chaparro, Berini y otros (2005), que se indica que la mayoría de los pacientes intervenidos fueron del sexo femenino (66,9%). Comparado con el estudio de Olate, Alister y otros (2007) indican que la relación hombre mujer fue de 0,56:1.

En cuanto a las causas más frecuentes para la exodoncia de terceros molares en 186 pacientes, corresponden al dolor local 45%, motivos ortodóncicos 27%, prevención 13%, dolor irradiado 4%, cefalea 3%, fracturas dentarias 2% y alteraciones en ATM 2%. Mientras que las indicaciones protésicas, pericoronaritis, caries y medicina alternativa corresponden al 1%. Con diferencia significativa Berini, Gay Escoda y otros (2008) determinó que el motivo más frecuente fue la extracción profiláctica (51,0%). Según Chaparro, Berini y otros (2005) indica que el principal motivo fue la extracción por ortodoncia (40,5%), seguido de la indicación profiláctica (39,5%) y la presencia de sintomatología (20%), esto difiere de lo encontrado en el trabajo de investigación presentado. En el estudio de Olate, Alister y otros (2007) los pacientes que presentaron dolor como motivo de consulta corresponden al 43%, mostrando una prevalencia similar. Pero encontrando diferencias significativas entre el 23% que presentó pericoronaritis y el 27% que tuvo experiencia de caries.

En relación a las causas más frecuentes de acuerdo a la edad para la exodoncia quirúrgica de terceros molares predominan en la edad de 21-30 años con 58% y son: dolor local con 27%, motivos ortodóncicos 13%, prevención 9%, dolor irradiado 3%, cefalea 2%, alteraciones en ATM 2% y pericoronaritis 1%. En la edad de 14-20 años con 32%, se presenta la medicina alternativa con 1%. En el grupo de 31-40 años con 7%, son frecuentes las fracturas dentarias con 1%. Mientras que en la edad de 41-65 años con un 3%, se presentan las indicaciones protésicas con 1%.

En el estudio de Olate, Alister y otros (2007) indican que el dolor se asoció significativamente sólo con la edad del paciente ($p < 0,05$).

El estudio determinó que las causas más frecuentes para la exodoncia quirúrgica de terceros molares, de acuerdo al sexo, corresponden al sexo femenino: dolor local 25%, motivos ortodóncicos 19%, prevención 8%, cefalea 3%, dolor irradiado 2%, alteraciones en ATM 2%, fracturas dentarias 2% y pericoronaritis 1%. En el sexo masculino: dolor local 20%, motivos ortodóncicos 8%, prevención 5%, dolor irradiado 2%, cefalea 1% y medicina alternativa 1%, no se encontraron estudios para poder comparar en cuanto al porcentaje cada una de las causas en relación al sexo, ya que ninguno es específico como se detalla en el presente estudio.

En 186 pacientes atendidos, fueron intervenidos quirúrgicamente un total de 515 terceros molares, los cuales de acuerdo a su Situación se clasifican en:

Erupcionados: con un valor de 14%, de los cuales la pieza con mayor incidencia es la #18 con el 25%, seguido de la pieza #28 con 24%, pieza #48 con 8% y pieza #38 con 4%.

Semierupcionados: con un valor de 17%, siendo más representativa la pieza #38 con el 20%, seguido de la pieza #48 con 18%, pieza #18 con 15% y pieza #28 con 12%.

Retenidos: con un valor de 70%, predominando la pieza #38 con un valor de 76%, seguido de la pieza #48 con 74%, pieza #28 con 64% y pieza #18 con 60%, difiere significativamente del estudio presentado por Olate; Alister y otros., (2007) que indican que la mayoría de terceros molares se encontraban semierupcionados (35%).

En los 515 terceros molares intervenidos quirúrgicamente, las piezas que presentaron sintomatología inicial en el paciente son la #38 y #48 que representan el 36%, no hay estudios comparables de la pieza exacta que presenta sintomatología en el paciente, pero de acuerdo al estudio publicado por García; Toro y otros (2009) indica que en la mandíbula predominan terceros molares con impactación mesioangulada, sin describir la posible sintomatología.

De un total de 515 terceros molares intervenidos quirúrgicamente, las piezas que presentaron sintomatología de acuerdo a su situación predominan las Retenidas con 71%, comparado con la publicación de Sailer y Pajarola (2003) expresan que a menudo, diferentes síntomas patológicos están relacionados con los dientes retenidos, lo que se confirma con el resultado de la presente investigación.

Se encontró que de un total de 186 pacientes, el 60% corresponden a pacientes que presentaron sintomatología, la misma que después del control post - quirúrgico no persiste a los 8 días con un 77% y a los 15 días 23%. Se observó un 40% de pacientes que no presentaron sintomatología. En ningún caso investigado de los pacientes persistió la sintomatología después de 8 a 15 días. Este resultado es un aporte de investigación, ya que no es comparable con ningún estudio porque no se encontró.

CAPÍTULO V

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** De un total de 186 pacientes que acudieron para exodoncia quirúrgica de terceros molares, corresponde al sexo femenino 61% y el sexo masculino 39%.
- 6.1.2** Las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I-V-2012, son: dolor local 45%, motivos ortodóncicos 27%, prevención 13%, dolor irradiado 4%, cefalea 3%, fracturas dentarias y alteraciones en ATM 2%. Mientras que las indicaciones protésicas, pericoronaritis, caries y medicina alternativa corresponden al 1%.
- 6.1.3** Las causas más frecuentes para la exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo a la edad es el dolor local con 27%, motivos ortodóncicos 13%, que predominan en el grupo etario de 21-30 años.
- 6.1.4** Las causas más frecuentes para la exodoncia quirúrgica de terceros molares, de acuerdo al sexo, corresponden al dolor local 25% y motivos ortodóncicos 19%, predominante en el sexo femenino.
- 6.1.5** Las piezas predominantes para extracción quirúrgica son los terceros molares retenidos que corresponden al 70%, cuyo tercer molar con mayor incidencia es la #38 con un valor de 76%.
- 6.1.6** Los terceros molares que presentan mayor frecuencia de sintomatología inicial en el paciente son las piezas #38 y #48 que representan el 36%.
- 6.1.7** Los terceros molares que presentaron sintomatología de acuerdo a su situación corresponden a las piezas Erupcionadas 6%, Semierupcionadas 23% y con un mayor porcentaje las Retenidas con 71%.

6.1.8 Los pacientes que presentaron sintomatología inicial corresponden al 60%, la misma que después de la cirugía a los 8 y 15 días cedió en todos los pacientes.

6.2 RECOMENDACIONES

- Concientizar al odontólogo general para incluir en su consulta de rutina, la evaluación clínica y radiográfica, favoreciendo la detección temprana de los terceros molares y remitir al paciente a tiempo al cirujano oral.
- Implantar medidas preventivas y motivación al paciente, para que acuda periódicamente a su odontólogo especialmente en la etapa de la adolescencia y no esperar la presencia de la sintomatología propia de los terceros molares.
- Aunque no haya molestias de ninguna clase es recomendable la extracción de los terceros molares, para evitar la sintomatología que afecta la calidad de vida del paciente en sus actividades diarias.
- Incentivar a la realización de proyectos de investigación en el país, para obtener datos y valores de la población en la que se va a poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARTEAGA, N. (Noviembre 2004). *Cirugía Bucal*. Quito – Ecuador: Ediciones “Rodín”. Primera Edición. p. 119
2. BACHE, P. (2006). *Odontología Holística Bioenergética*. Disponible en: <http://www.dentacron.com/muelas_juicio.php> acceso 7 de abril 2012.
3. CHIAPASCO, M. (2004). *Cirugía Oral. Texto y atlas en color*. Barcelona- España: Editorial Masson. p. (pp. 121-122)
4. DÍAZ, V. (2009). *Metodología de la investigación científica y bioestadística para profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud*. Santiago de Chile – Chile: RIL editores, 2da. Edición. p. 529
5. DONADO, M. (2005). *Cirugía bucal Patología y técnica*. Barcelona-España: Editorial Masson S.A., Tercera edición. p. (pp. 297,298, 363, 383, 385, 396, 418)
6. GAY ESCODA, BERINI, L. (2004). *Tratado de Cirugía Bucal*. Madrid-España: Editorial Ergón. Tomo I. p. (pp. 85, 355, 356, 359, 361, 371, 372, 387, 388)
7. HERNÁNDEZ, M. (2003). *Los Molares Permanentes*. San José – Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica. Primera Edición, p. (pp. 24-25)
8. HERRERA, I. (Julio 2002). Tesis “*Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos, superiores e inferiores, en una muestra de pacientes mayores de 18 años de edad, que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquín durante el año 2001*”. Guatemala julio 2002.
9. HUPP, J. ELLIS, E. TUCKER, M. (2010). *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona – España: Editorial Elsevier Mosby. 5ta. Edición. p. (pp. 153, 156, 157)
10. JURIO, M. (2006). Presidenta de la Asociación Odontológica Homeopática Argentina. Artículo: “*Una visión Holística en Odontología*”. Disponible en: <http://www.odontohomeosite.com.ar/prensa_salud5.html> [Acceso 10 de Junio del 2012]
11. KINAST, H. (Mayo del 2001). Santiago de Chile. Artículo: *Odontología Neurofocal*. Acceso 8 de abril 2012. Disponible en: <http://www.centrokineos.com/articulo/articulos_tecnicos/ODONTOLOGIA_NEUROFOCAL_I.pdf> [Acceso 12 de Junio del 2012]
12. LAGO, L. (2007). *Exodoncia del tercer Molar Inferior: Factores Anatómicos, Quirúrgicos y Ansiedad dental en el Postoperatorio*. Santiago de Compostela – España: Universidad Santiago de Compostela. Facultad de Medicina y Odontología. Departamento de Estomatología. p. (pp. 5, 7, 18-21)

13. MEDICINAS ALTERNATIVAS. (2006). *Guía de consulta y prevención Volumen 3. Terapias naturales para la curación integral. Dolor de cabeza, migraña y cefalea*. Buenos Aires – Argentina: Ediciones Lea S.A. Primera Edición. p. (pp. 9, 28)
14. NAVARRO, C. *Cirugía Oral*. Madrid-España: Editorial Arán. 2008. p. (pp. 19, 21-23, 31)
15. OSORIO, Y. Artículo: *Odontología Neurofocal: “otra racionalidad”*. Encuentro Internacional de Terapia Neural. Colombia 2003. Disponible en:
<http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=148%3Aodontologia-neurofocal-qotra-racionalidadq&catid=14%3Aadel-concepto&directory=100010&Itemid=100010&lang=es> [Acceso 12 de Junio del 2012]
16. PEÑA, A. (2004). *Cómo prevenir y vencer el dolor de cabeza*. Buenos Aires – Argentina: Grupo Imaginador de Ediciones. Primera Edición. p. (pp. 17-18)
17. RASPALL, G. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. Madrid-España, Editorial Médica Panamericana S.A. 2da. Edición. p. (pp. 95- 97, 99-101, 103, 128)
18. SAILER, H. PAJAROLA, G. (2003). *Atlas de Cirugía Oral*. Barcelona-España: Masson S.A. p. (pp. 71-72)
19. SAPP, P. EVERSOLE, L. WYSOCKI, G. (2005). *Patología Oral y Máxilofacial Contemporánea*. Madrid – España: Editorial Elsevier. 2da. Edición. p. (pp. 5-6)
20. TAMASHIRO, T. ARIAS, P. (Marzo 2010). Revista Odontológica Mexicana. *Alternativa en el manejo del paciente quirúrgico en 1,570 casos de terceros molares retenidos (Tratamiento efectivo utilizado para este estudio a lo largo de 10 años)*. Vol. 14, Núm. 1. p. 42
21. VELAYOS, J. (2007). *Anatomía de la Cabeza para odontólogos*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana S.A. Cuarta Edición. p. (pp. 136-138)

BIBLIOGRAFÍA

1. ADEYEMO, WL. (2006). *Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal. A critical review of the literature*. Oral Surg Oral Med.Oral Pathol Oral Radiol Endod; 102: 448-52.
2. CHAPARRO, A. PÉREZ, S. VALMASEDA, E. BERINI, L. GAY, C. (Noviembre - Diciembre 2005). *“Morbilidad de la extracción de los terceros molares en pacientes entre los 12 y 18 años de edad”*. Barcelona – España. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Revista Scielo. Vol. 10. N. 5. p. (pp. 422-31) Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-44472005000500007&script=sci_arttext>
3. FUSTER, M. GARGALLO, J. BERINI, L. GAY, C. (2008). *“Evaluación de la indicación de la extracción quirúrgica de los terceros molares según el cirujano bucal y el odontólogo de atención primaria experiencia en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona”*. Barcelona – España. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. Revista Dialnet. ISSN 1698-4447, Vol. 13, Nº. 5, p. (pp. 299-305). Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3034518>>
4. GARCÍA, F. TORO, O. VEGA, M. VERDEJO, M. (2009). *“Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 Años, Antofagasta, Chile”*. Antofagasta – Chile. Revista Scielo. p. (pp. 727-736) Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022009000300016&script=sci_arttext>
5. HERRERA, I. (2002). *Tesis “Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos, superiores e inferiores, en una muestra de pacientes mayores de 18 años de edad, que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquín durante el año 2001”*. Guatemala – Guatemala. 59 p.
6. INFANTES, J. (2009). *Odontología Biológica Neurofocal*. Málaga-España. Centro de medicina Natural y antienvjecimeinto. Disponible en:
<<http://www.medicinabiologica.es/odontologia-biologica.html>>
7. MARTÍNEZ, J. (2009). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. México D.F-México: Editorial Manual Moderno S.A. 559 p.

8. MEDEIROS, PJ. (2006). *Cirugía de dientes incluidos, extracción del tercer molar*. Caracas-Venezuela: Editorial Amolca.
9. MOLINA, J. (Octubre 2012). Artículo “*Terceros Molares o Muelas del juicio*”. Año 1. Edición 1. Revista Salud en Cuernavaca. Ejemplar gratuito. Revista trimestral. Editada por Grupo Editorial Expresión e Imagen S.A de C.V. Morelos-México.
10. MONCADA, Escorcía. MARTÍNEZ, JM. MERCHÁN, S. BARONA, C. FERNÁNDEZ, F. (Enero - Febrero 2009). “*Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid*”. Revista Scielo. Vol. 25. N.1. Disponible en:
<<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n1/original4.pdf>>
11. OLATE, S.; ALISTER, J. P.; ALVEAL, R.; THOMAS, D.; SOTO, M.; MANCILLA, P. y CEBALLOS, M. (2007). *Hallazgos clínicos y radiográficos de terceros molares con indicación de extracción. Resultados preliminares*. Int. Journal Odontostomat., p. (pp. 29-34)
12. SAAVEDRA, M. (2001). *Elaboración de Tesis Profesionales*. México D.F - México: Editorial Pax México. Primera edición. 118 p.
13. WERKMEISTER, R. FILLIES, T. JOOS, U. SMOLKA, K. (2005). *Relationship between lower wisdomtooth position and cyst development, deep abscess formation and mandibular fracture*. J Craniomaxillofac Surg; 33: 164-8.

ANEXOS

ANEXO A

A.1 Solicitud para realizar el Proyecto de Investigación



FACULTAD DE ODONTOLOGIA COORDINACIÓN UNIDAD
DE TITULACIÓN Y GRADUACIÓN

Oficio 043- CUTG

Quito, D.M. 9 de marzo de 2012

Doctor
GUILLERMO LANAS
Coordinador de Quirófano
Facultad de odontología
Presente

De mi consideración:

Solicito a usted de la manera más comedida permita acudir a la Institución, que tan acertadamente dirige a la alumna del quinto año de la Facultad de Odontología, ANA GABRIELA VIZUETE TERÁN, para realizar el Proyecto de Investigación "CAUSAS PARA LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL QUIROFANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR EN EL PERIODO DE ENERO A MAYO DE 2012", requisito previo para la obtención del Título de Odontóloga.

Seguros de contar con su aprobación, agradezco de antemano su valiosa colaboración.

Atentamente,

7
JL!;
Doctor. NELSON BAR RUIZ.
Director Uní de Titulación o Graduación

$$\begin{matrix} & \text{N} \\ & \text{O} \end{matrix}$$
$$\begin{array}{c} \text{:}\ddot{\text{O}}\text{:} \\ \text{C}_j \\ \text{rJ} \\ \text{S}' \end{array}$$
 $\therefore l$

Fecha	Historia	Edad	Sexo		Situación de los rrceros molars	Causas para la tlocin de lllrceros molar-s												Control Post-quinirgrco				
			dtm	rt		e:	Dolor	*	;	e;	l	o	ll	Fr.Jduru	l.	o o.3	No Pmi			
	No.																					
	Clinlu		M	P	Mol.m	Ln.lpdon.do	St'etitrupdon*do	Rrlznido	..	St'et	e:	e	e	o	-i:	l.	o	i:	>..j	e:	Swtumato	brn uucra l
									!	Loc	ll	rrrodado	l.	-e]r...	..	i:	C:H	(i..*..lltnl*n> e:	'!	Kdla.. 15 dlo	8 dld.. 15<11..

ANEXO B

CUADROS Y GRÁFICOS

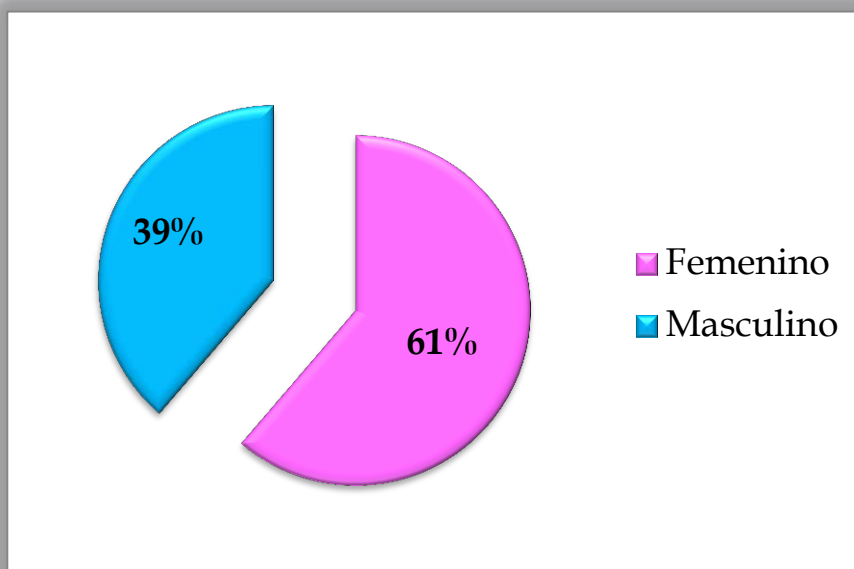
Cuadro 1. Distribución de pacientes que acudieron para exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo al Sexo

GÉNERO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE (%)
Femenino	114	61%
Masculino	72	39%
TOTAL	186	100%

FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

Grafico 1. Distribución de pacientes que acudieron para exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo al Sexo



FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

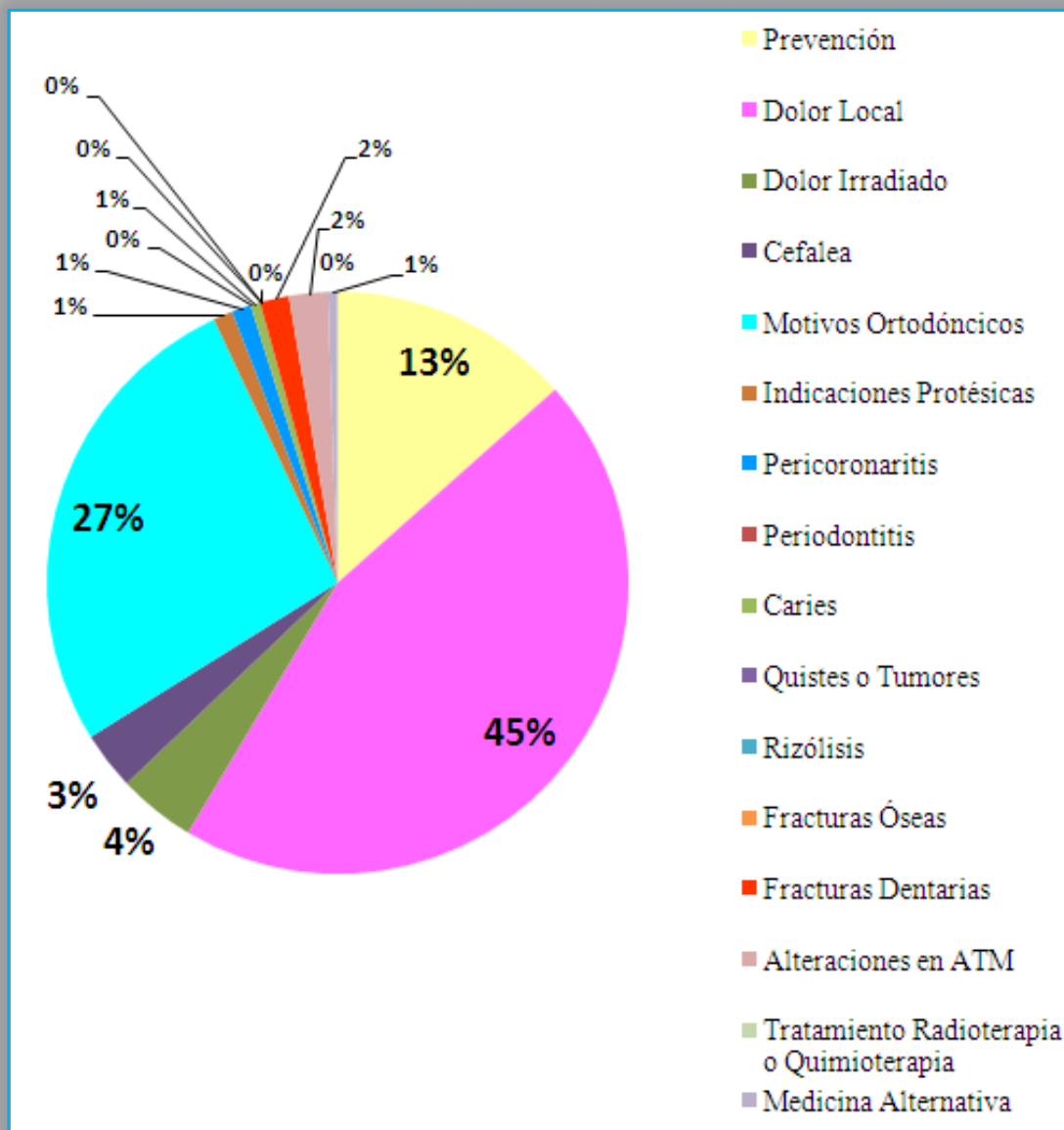
Cuadro 2. Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares en 186 pacientes

CAUSAS	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Prevención	25	13%
Dolor Local	84	45%
Dolor Irrradiado	8	4%
Cefalea	6	3%
Motivos Ortodóncicos	50	27%
Indicaciones Protésicas	2	1%
Pericoronaritis	2	1%
Periodontitis	0	0%
Caries	1	1%
Quistes o Tumores	0	0%
Rizólisis	0	0%
Fracturas Óseas	0	0%
Fracturas Dentarias	3	2%
Alteraciones en ATM	4	2%
Tratamiento Radioterapia o Quimioterapia	0	0%
Medicina Alternativa	1	1%
TOTAL	186	100%

FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

Gráfico 2. Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares en 186 pacientes



FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

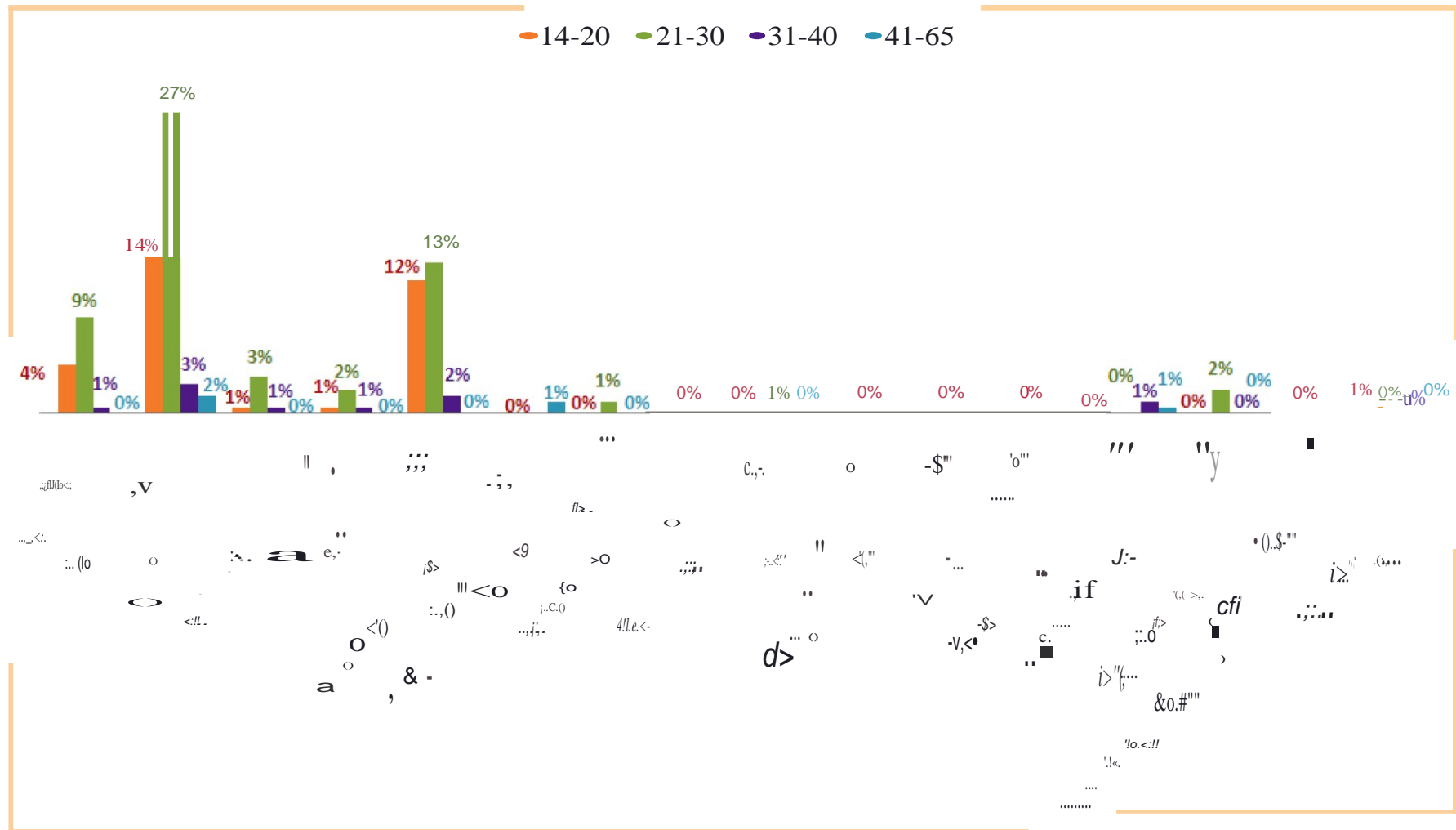
Cuadro 3. Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo a la Edad

CAUSAS	GRUPOS ETÁREOS								TOTAL	(%)
	14- 20	%	21- 30	%	31-40	%	41-65	%		
Prevención	8	4%	16	9%	1	1%	0	0%	25	13%
Dolor Local	26	14%	50	27%	5	3%	3	2%	84	45%
Dolor Irradiado	1	1%	6	3%	1	1%	0	0%	8	4%
Cefalea	1	1%	4	2%	1	1%	0	0%	6	3%
Motivos Ortodóncicos	22	12%	25	13%	3	2%	0	0%	50	27%
Indicaciones Protésicas	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%	2	1%
Pericoronaritis	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	2	1%
Periodontitis	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Caries	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Quistes o Tumores	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rizólisis	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Fracturas Óseas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Fracturas Dentarias	0	0%	0	0%	2	1%	1	1%	3	2%
Alteraciones en ATM	0	0%	4	2%	0	0%	0	0%	4	2%
Tratamiento Radioterapia o Quimioterapia	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Medicina Alternativa	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
TOTAL	59	32%	108	58%	13	7%	6	3%	186	100%

FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuete Terán.

Gráfico 3. Causas para la Exodoncia Quirúrgica de terceros molares de acuerdo a la Edad



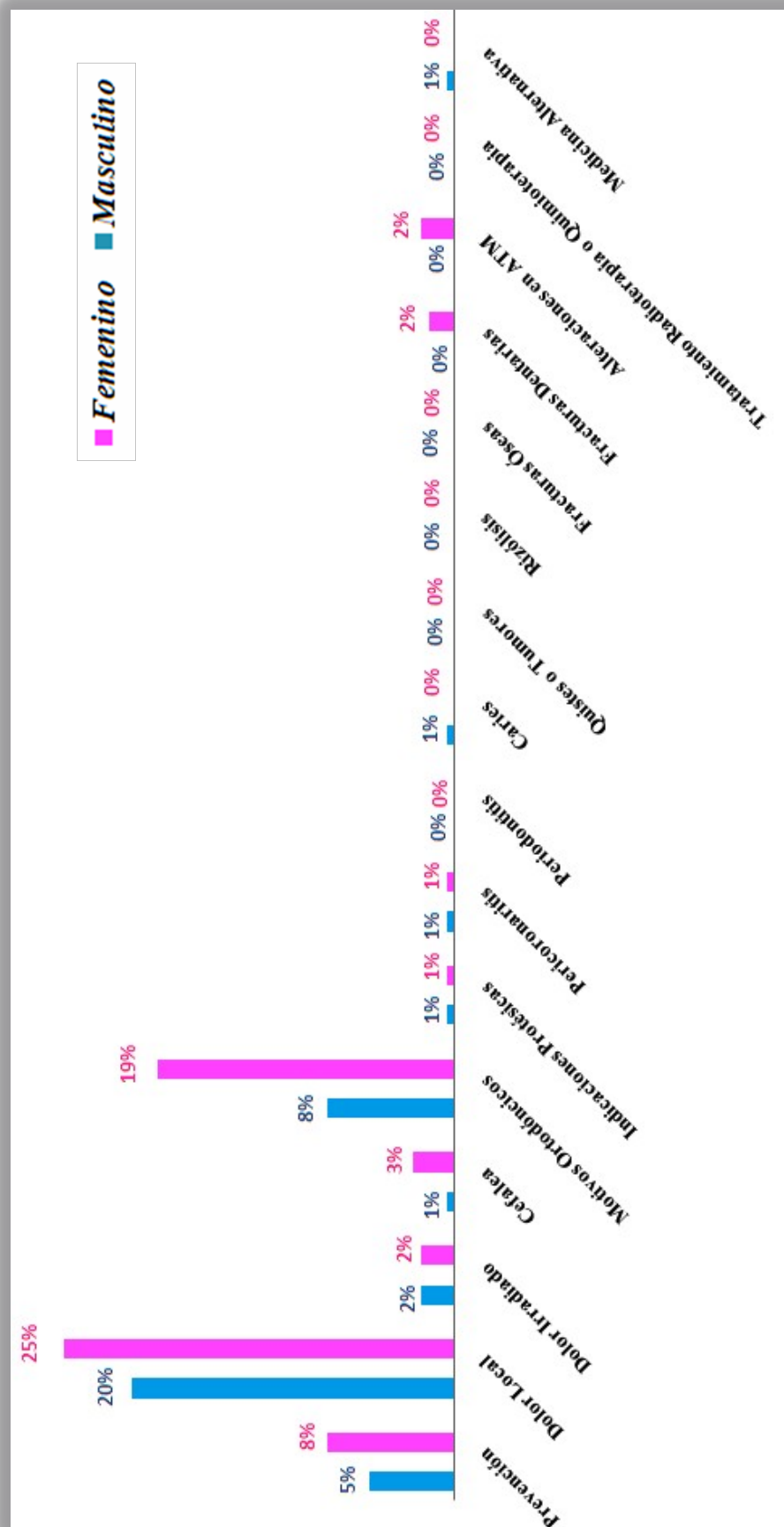
Cuadro 4. Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo al Sexo

CAUSAS	MASCULINO	PORCENTAJE (%)	FEMENINO	PORCENTAJE (%)	TOTAL
Prevención	10	5%	15	8%	25
Dolor Local	38	20%	46	25%	84
Dolor Irradiado	4	2%	4	2%	8
Cefalea	1	1%	5	3%	6
Motivos Ortodóncicos	15	8%	35	19%	50
Indicaciones Protésicas	1	1%	1	1%	2
Pericoronaritis	1	1%	1	1%	2
Periodontitis	0	0%	0	0%	0
Caries	1	1%	0	0%	1
Quistes o Tumores	0	0%	0	0%	0
Rizólisis	0	0%	0	0%	0
Fracturas Óseas	0	0%	0	0%	0
Fracturas Dentarias	0	0%	3	2%	3
Alteraciones en ATM	0	0%	4	2%	4
Tratamiento Radioterapia o Quimioterapia	0	0%	0	0%	0
Medicina Alternativa	1	1%	0	0%	1
TOTAL	72	39%	114	61%	186

FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

Gráfico 4. Causas para la exodoncia quirúrgica de terceros molares de acuerdo al Sexo



FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuete Terán.

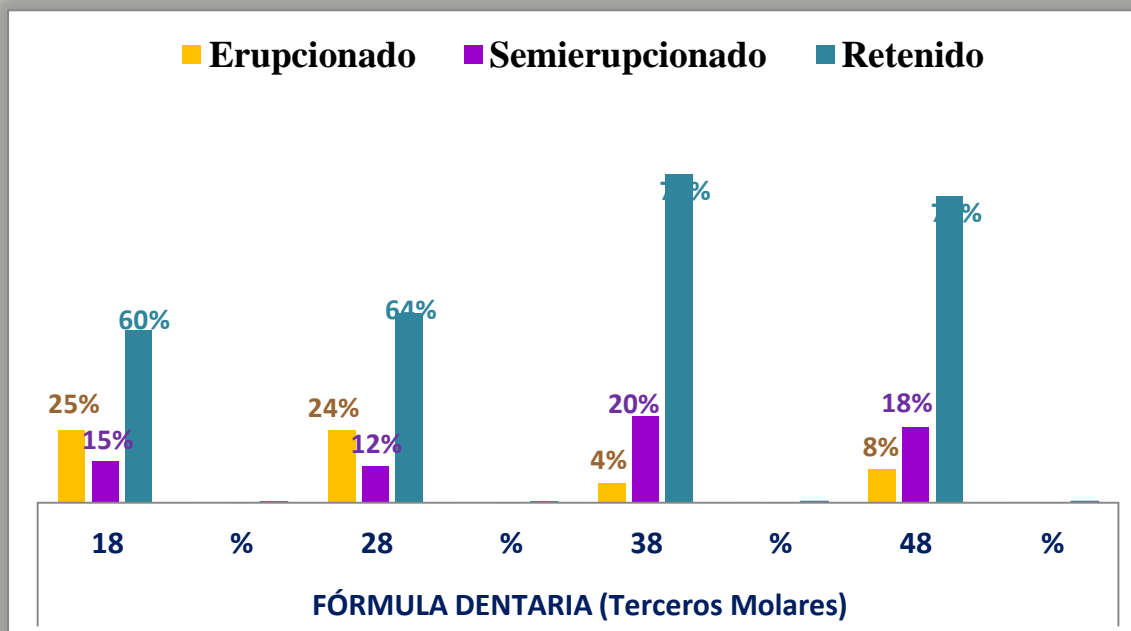
Cuadro 5. Clasificación de terceros molares de acuerdo a su Situación en 186 pacientes

SITUACIÓN DE TERCEROS MOLARES	FÓRMULA DENTARIA (Terceros Molares)								TOTAL	Porcentaje (%)
	18	%	28	%	38	%	48	%		
Erupcionado	26	25%	26	24%	7	4%	12	8%	71	14%
Semierupcionado	15	15%	13	12%	31	20%	27	18%	86	17%
Retenido	62	60%	68	64%	118	76%	110	74%	358	70%
TOTAL	103	20%	107	21%	156	30%	149	29%	515	100%

FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

Gráfico 5. Clasificación de terceros molares de acuerdo a su Situación en 186 pacientes



FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

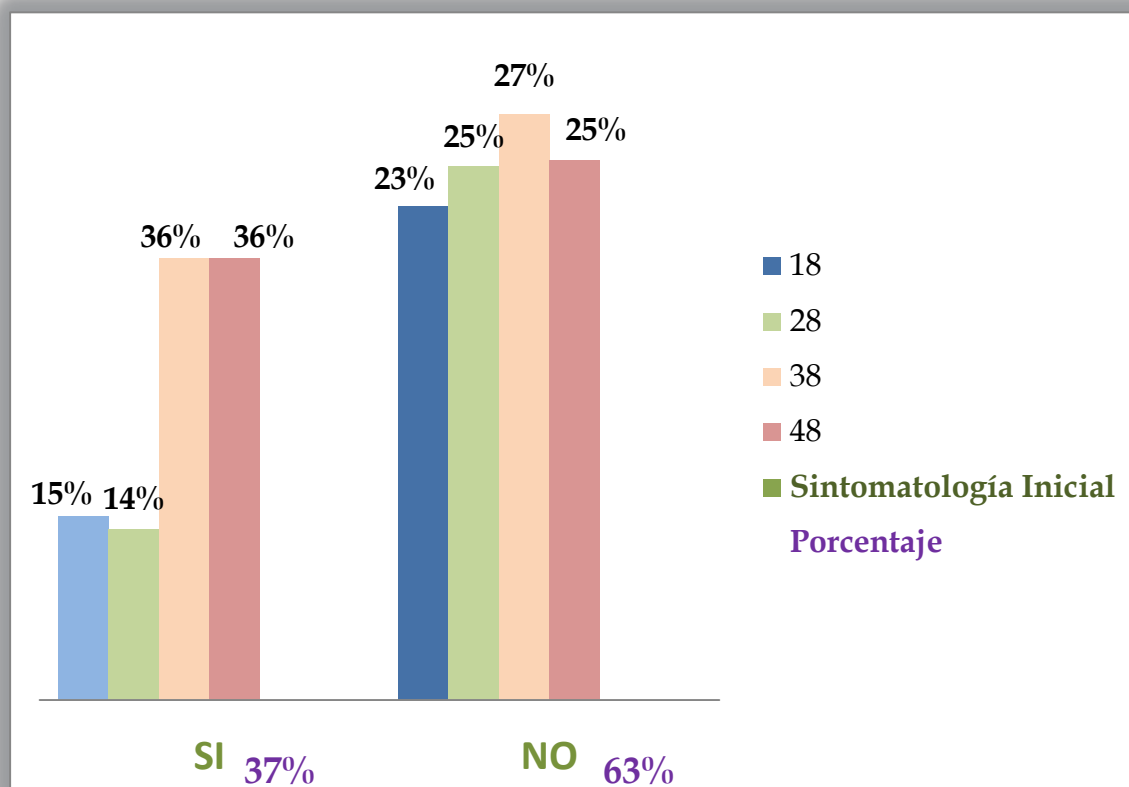
Cuadro 6. Terceros molares de acuerdo a la sintomatología inicial en 186 pacientes

SINTOMATOLOGÍA INICIAL	FÓRMULA DENTARIA (Terceros Molares)								TOTAL	Porcentaje (%)
	18	%	28	%	38	%	48	%		
SI	28	15%	26	14%	67	36%	67	36%	188	37%
NO	75	23%	81	25%	89	27%	82	25%	327	63%
TOTAL	103	20%	107	21%	156	30%	149	29%	515	100%

FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

Gráfico 6. Terceros molares de acuerdo a la sintomatología inicial en 186 pacientes



FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador

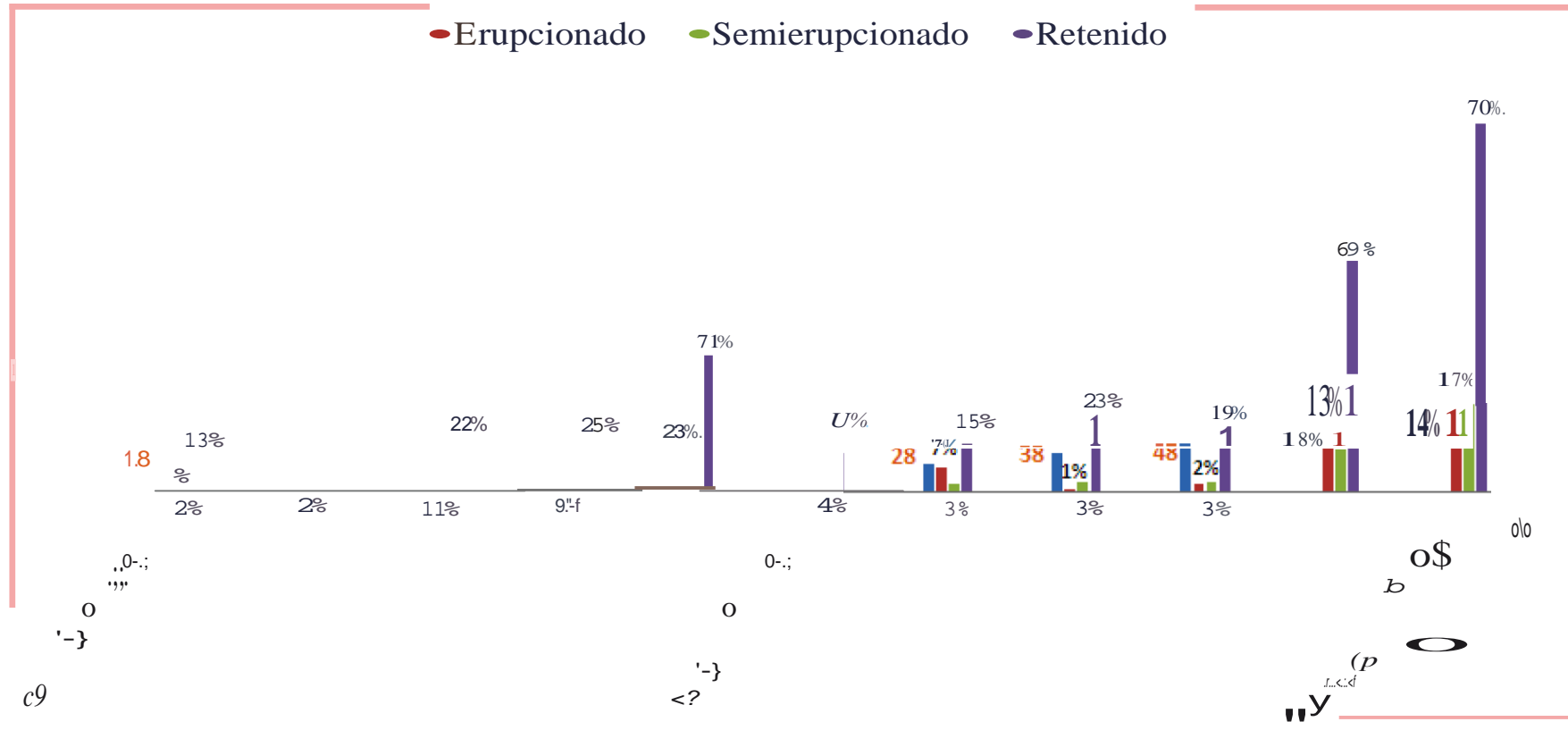
ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

Cuadro 7. Relación de Terceros molares entre Situación y Sintomatología en 186 pacientes

SITUACIÓN	CONDICIÓN SIN SINTOMATOLOGÍA										SITUACIÓN CON SINTOMATOLOGÍA										TOTAL TERCEROS MOLARES	%
	18	%	18	%	38	%	48	%	TOTAL	%	18	%	18	%	38	%	48	%	TOTAL	%		
Erupcionado	1	1%	2	1%	4	2%	4	2%	11	60%	25	5%	24	7%	5	1%	5	2%	60	180	71	14%
Semierupcionado	3	2%	4	2%	21	10%	16	9%	44	23%	12	4%	9	3%	10	3%	11	3%	42	131	56	17%
Retenido	24	13%	20	11%	42	22%	47	25%	133	71%	35	12%	48	15%	76	23%	63	19%	225	69	355	70%
TOTAL	28	15%	26	14%	67	36%	67	36%	188	100%	75	3%	81	25%	89	27%	82	25%	327	100%	515	100%

FLUJO DE ENTRENAMIENTO: Entre los pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador
 ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

Cuadro 8. Control Post-Quirúrgico de la Sintomatología Inicial del Paciente



FLT\II: Entreústa a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Uni, - ersidad Central del Ecuador

rLABORADO POR: .\na Gabriela \ "izuete Terán.

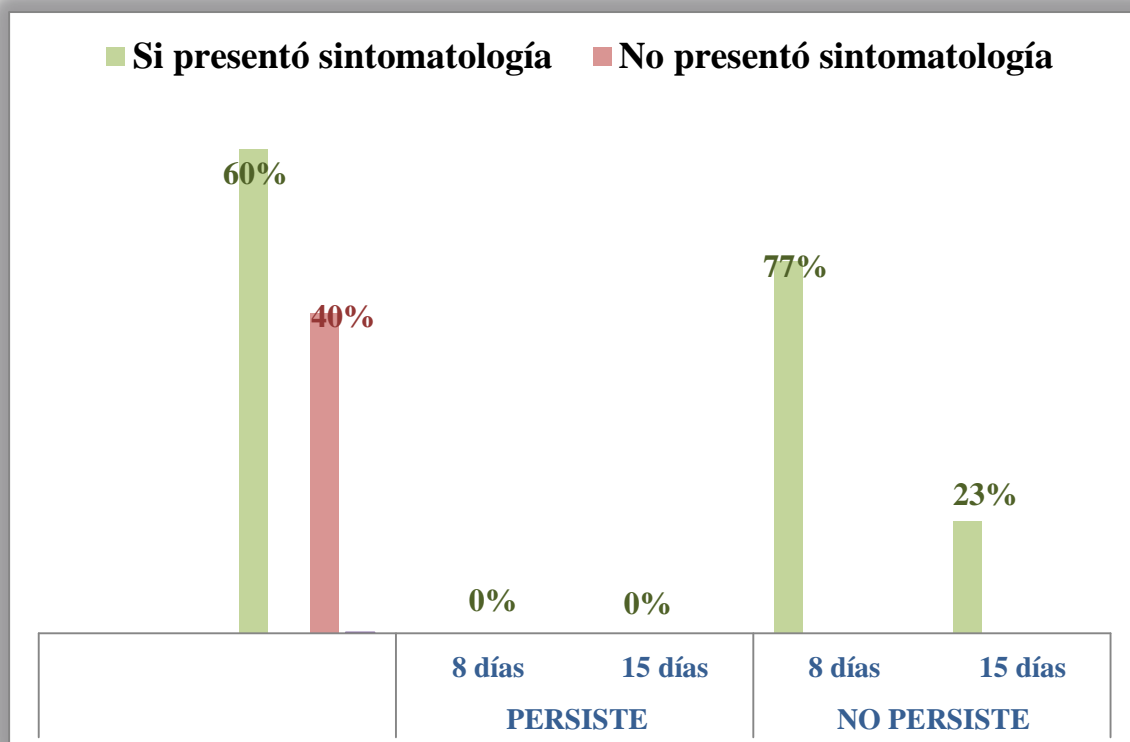
Cuadro 8. Control Post-Quirúrgico de la Sintomatología Inicial en 186 pacientes

SINTOMATOLOGÍA INICIAL	CONTROL POST - QUIRÚRGICO	NÚMERO DE PACIENTES				TOTAL
		Si presentó		No presentó		
		112	60%	74	40%	186
PERSISTE	8 días	0	0%	0	0%	0%
	15 días	0	0%	0	0%	
NO PERSISTE	8 días	86	77%	0	0%	100%
	15 días	26	23%	0	0%	

FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

Gráfico 8. Control Post-Quirúrgico de la Sintomatología Inicial en 186 pacientes



FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

ELABORADO POR: Ana Gabriela Vizuite Terán.

ANEXO C

C.1 Cronograma de Actividades

“CAUSAS PARA LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ACUDEN A QUIRÓFANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. I – V - 2012”

ACTIVIDADES	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Aprobación del Tema		X									
Planteamiento del Problema		X									
Objetivos		X									
Redacción Capítulo I			X								
Estructura Capítulo II				X							
Recopilación Material Bibliográfico	X	X	X								
Redacción Capítulo II					X	X					
Redacción Capítulo III							X				
Redacción Capítulo IV							X				
Recopilación Resultado Total						X	X				
Análisis de Resultados							X				
Conclusiones								X			
Recomendaciones								X			
Presentación Final											X

C.2 Presupuesto

“CAUSAS PARA LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ACUDEN A QUIRÓFANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. I – V - 2012”

Materiales	Cantidad	Costo Unitario	TOTAL
Disco duro externo 1TB	1	\$159.24	\$159.24
Flash memory 8GB	1	\$12.00	\$12.00
Servicio de internet CNT	9 meses	\$20.00	\$180.00
Hojas de papel bond A4	4 resmas	\$3.95	\$15.80
Cartucho marca Lexmark negro	2	\$28.99	\$57.98
Cartucho marca Lexmark color	2	\$32.99	\$65.98
Carpetas y perfiles	6	\$8.00	\$48.00
Esferos, lápices, marcadores, resaltadores, separadores	4		\$15.00
Gastos extras			\$50.00
Impresiones a color y Encuadernación para el Informe Final			\$90.00
TOTAL			\$694.00

ANEXO D

GLOSARIO

- ✓ **Ectopía:** se refiere al diente incluido en una posición anómala, pero cercana a su lugar habitual.
- ✓ **Exodoncia quirúrgica:** procedimiento donde se realizan acciones complementarias, para extraer una pieza dentaria de su alvéolo, mediante la utilización de instrumental especial y adecuado, es indispensable una correcta capacitación y destreza para llevar a cabo esta cirugía.
- ✓ **Heterotopía:** es una inclusión en una posición irregular, pero más alejada de la localización normal.
- ✓ **Kinesiología:** refiere a las técnicas terapéuticas que ayudan a que una persona recupere el movimiento normal de ciertas partes de su cuerpo.
- ✓ **Molares retenidos:** son los que no erupcionan en las arcadas dentarias dentro del tiempo esperado y se retiene por los dientes adyacentes, hueso demasiado denso, exceso de tejidos blandos o alteraciones genéticas que impiden su erupción.
- ✓ **Situación de terceros molares:** indica si los terceros molares se encuentran erupcionados, semierupcionados o retenidos en los maxilares.